



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA  
DOCTORADO EN PATOLOGÍA EXISTENCIAL  
INTERVENCIÓN EN CRISIS



TESIS DOCTORAL

**CARACTERIZACION DE LA CALIDAD DEL SUEÑO  
EN INDÍGENAS VENEZOLANOS**

**AUTOR:**  
Maristella Colliva de Boada

Madrid, Noviembre 2011



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA  
DOCTORADO EN PATOLOGÍA EXISTENCIAL  
E INTERVENCIÓN EN CRISIS  
TESIS DOCTORAL



**CARACTERIZACIÓN DE LA CALIDAD DEL SUEÑO  
EN INDÍGENAS VENEZOLANOS**

**AUTOR:**

Maristella Colliva de Boada  
C.I: 7.032.276

**DIRECTOR DE TESIS**

Dr. José María Poveda de Agustín

Madrid, Octubre, 2011



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA  
DOCTORADO EN PATOLOGÍA EXISTENCIAL  
E INTERVENCIÓN EN CRISIS  
TESIS DOCTORAL



JOSÉ MARIA POVEDA DE AGUSTIN, Profesor del Departamento de  
Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid.

CERTIFICO

Que Doña MARISTELLA COLLIVA DE BOADA, ha realizado bajo mi  
dirección, el trabajo **“CARACTERIZACIÓN DE LA CALIDAD DEL SUEÑO  
EN INDÍGENAS VENEZOLANOS”**

Dicho trabajo reúne a mi juicio las condiciones de originalidad y rigor necesario.

Por eso avalo su presentación para ser juzgada.

---

Prof. Dr. JOSÉ MARIA POVEDA DE AGUSTIN

Madrid, Octubre 2011

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a los profesores de la Universidad Autónoma de Madrid especialmente del Departamento de Psiquiatría, donde encontré profesionales con una gran calidad humana, quienes con gran dedicación e interés apoyaron esta compleja investigación.

Dedico este trabajo a mi querida Universidad de Carabobo especialmente a la Facultad de Ciencias de la Salud, a quien debo mi formación profesional y en cuyo seno laboran profesionales con una gran sensibilidad social que promovieron el programa “Todos por la vida” en apoyo a la salud de las etnias indígenas mas desposeídas y remotas de mi país.

Dedico este trabajo a mi familia cuyo apoyo fue fundamental para mantenerme constante en el logro de mi meta doctoral.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco primeramente a Dios, quien me ha abierto caminos y ha guiado mis pasos, poniendo en mi sendero profesionales y amigos que me acompañaron en esta maravillosa experiencia, para el logro de mis metas en beneficio de terceros.

Mi eterno agradecimiento a todos aquellos que apoyaron este proyecto, sin cuya ayuda no hubiese podido llevarse a cabo:

A mi esposo Arístides a quien debo agradecer su paciencia, su apoyo irrestricto y su acompañamiento, que me dio fortaleza para alcanzar mis objetivos.

A mis hijos Vanessa y Hermes, a mis nietas Valeria y Verónica, a mi nuera Betzi y mi yerno Simón, quienes con su frescura juvenil fueron fuente de inspiración y me aportaron energía para alcanzar mi aspiración doctoral.

A Libia Ameliach y Antonio Boada, por su gran apoyo profesional y cuya solidaridad y amistad es invalorable.

A los participantes de “Todos por la vida”:

Estudiantes y profesores que participaron en este proyecto y quienes de manera profesional ayudaron en la difícil tarea de aplicar el instrumento de recolección de los datos para esta importante investigación.

A todos aquellos que de una manera directa o indirecta sirvieron de apoyo a esta investigación

Universidad Autónoma de Madrid  
Facultad de Medicina  
Departamento de Psiquiatría

## **CARACTERIZACIÓN DE LA CALIDAD DEL SUEÑO EN INDIGENAS VENEZOLANOS**

**Autor:** Maristella Colliva de Boada  
**Director:** Dr. José María Poveda

### **RESUMEN**

En Venezuela, el estudio de la calidad del sueño es un área de reciente interés y, en cuanto a los pueblos indígenas, no se han encontrado reportes en esta materia. Las comunidades indígenas de Venezuela han sido abordadas por la Universidad de Carabobo a través del programa *Todos por la Vida*, al cual se incorporó esta investigación de nivel descriptivo. Para la obtención de los datos se utilizó un diseño de campo, en el cual se administró el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI). Se encuestaron 385 pobladores indígenas distribuidos en los estados Bolívar, Amazonas, Apure, Barinas, Táchira y Zulia, durante los años 2008, 2009 y 2010. Las variables de estudio fueron: edad, género, ocupación y ubicación geográfica. La puntuación media del PSQI de la población indígena encuestada fue de **5,07**, lo cual indica que se trata de una población de buenos dormidores. Se detectaron malos dormidores entre los grupos etarios de 51 a 70 años, y en aquellos pobladores que no tienen ocupación u oficio definido. Se recomienda crear adaptaciones del instrumento PSQI para el estudio de etnias no abordables con el instrumento tradicional.

**Palabras Claves:** Calidad del Sueño – Índice de calidad del sueño de Pittsburgh  
**Línea de Investigación:** Patología Existencial. Intervención en Crisis.

Independent University of Madrid  
Faculty of Medicine  
Department of Psychiatry

## CHARACTERIZATION OF THE QUALITY OF SLEEP IN VENEZUELAN NATIVES

**Author:** Maristella Colliva de Boada  
**Director:** Dr. José María Poveda

### ABSTRACT

In Venezuela, sleep quality is an area of recent interest, and no reports on this topic in indigenous populations have been found. Venezuelan indigenous communities have been approached by the University of Carabobo through the *All for Life* program, to which this descriptive investigation has been assigned. For data collection, the Pittsburgh sleep quality index (PSQI) was used. 385 indigenous subjects were surveyed, from Bolivar, Amazon, Apure, Barinas, Táchira and Zulia States, during the years 2008, 2009 and 2010. The study variables were: age, sex, occupation and geographic location. The average PSQI score for the indigenous population was 5.07, which indicates that it is a population with good sleep. However, poor sleep scores were obtained by people aged 51 to 70, and in those with no defined job qualifications. Adapting PSQI tool for ethnic studies is recommended.

**Keywords:.** Sleep Quality – Pittsburgh sleep quality index.

**Line of research:** Existential pathology.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

	<b>Pag.</b>
<b>DEDICATORIA.....</b>	iii
<b>AGRADECIMIENTOS.....</b>	iv
<b>ÍNDICE DE TABLAS.....</b>	v
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS.....</b>	vi
<b>RESUMEN.....</b>	vii
<b>ABSTRACT.....</b>	viii
 <b>CAPITULO I:</b>	 21
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	21
Enfoque del Área Problemática.....	21
Hipotesis general.....	31
Objetivos de la Investigación.....	31
 <b>CAPÍTULO II METODOLOGIA:</b>	 34
Muestra.....	34
Procedimiento.....	35
Instrumento.....	36
Medición.....	38
 <b>CAPÍTULO III. RESULTADOS</b>	 41
Presentación Descriptiva de los Resultados Demográficos.....	41
Resumen de las características demográficas de la población indígena encuestada.....	46
Presentación de los resultados de los siete componentes del PSQI.....	47
Presentación de resultados de los siete Componentes del PSQI.....	48
Presentación de resultados del Componente (C1) del PSQI.....	48
Análisis de los resultados del Componente (C1) del PSQI.....	55
Presentación de resultados del Componente (C2) del PSQI.....	56



Análisis de los resultados del Componente (C2) del PSQI.....	63
Presentación de resultados del Componente (C3) del PSQI.....	65
Análisis de los resultados del Componente (C3) del PSQI.....	72
Presentación de resultados del Componente (C4) del PSQI.....	74
Análisis de los resultados del Componente (C4) del PSQI.....	81
Presentación de resultados del Componente (C5) del PSQI.....	82
Análisis de los resultados del Componente (C5) del PSQI.....	104
Presentación de resultados del Componente (C6) del PSQI.....	108
Análisis de los resultados del Componente (C5) del PSQI.....	115
Presentación de resultados del Componente (C7) del PSQI.....	116
Análisis de los resultados del Componente (C7) del PSQI.....	122
Presentación de resultados del cálculo del (PSQI).....	124
 <b>CAPITULO IV: DISCUSION Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADO</b>	 154
Discusión y análisis del PSQI general.....	154
Análisis del PSQI en relación al Género.....	155
Análisis del PSQI en relación con la Edad.....	159
Análisis del PSQI en relación con la Ocupación.....	164
Análisis del PSQI en relación a la Región Geográfica.....	170
 <b>CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.</b>	 174
Conclusiones relativas al componente 1 (C1) del PSQI.....	174
Conclusiones relativas al componente 2 (C2) del PSQI.....	175
Conclusiones relativas al componente 3 (C3) del PSQI.....	177
Conclusiones relativas al componente 4 (C4) del PSQI.....	179
Conclusiones relativas al componente 5 (C5) del PSQI.....	180
Conclusiones relativas al componente 6 (C6) del PSQI.....	183
Conclusiones relativas al componente 7 (C7) del PSQI.....	184
Conclusiones relacionadas con las puntuaciones del PSQI obtenidas por las	

variables estudiadas.....	185
Conclusiones finales.....	188
Recomendaciones.....	190
BIBLIOGRAFIA.....	191
<b>ANEXO: A.- ENCUESTA EPIDEMIOLOGICA - PSQI.....</b>	

<b>N<sup>o</sup></b>	<b>ÍNDICE DE TABLAS</b>	<b>Pag.</b>
1	Distribución porcentual de la población indígena encuestada según el sexo y las regiones geográficas que habita.....	44
2	Distribución porcentual de la ocupación u oficio por región geográfica de la población indígena encuestada.....	45
3	Distribución de la Puntuación obtenida por (C1) Calidad subjetiva del sueño según el Género de la población indígena encuestada.....	48
4	Distribución de la puntuación obtenida por (C1) Calidad subjetiva del sueño según el grupo etario de la población indígena encuestada.....	50
5	Distribución de la Puntuación obtenida por (C1) calidad subjetiva del sueño según la ocupación de la población indígena encuestada.....	52
6	Distribución de la Puntuación obtenida por la Calidad subjetiva del sueño (C1), según la región geográfica de la población indígena encuestada.....	54
7	Distribución porcentual de la Puntuación obtenida por el Componente (C2) latencia del sueño según el género de la población indígena encuestada.....	57
8	Distribución porcentual de la Puntuación obtenida por el Componente 2 (C2) latencia del sueño por grupos etarios de la población indígena encuestada.....	58
9	Distribución porcentual de la Puntuación obtenida por el Componente latencia del sueño (C2) según la ocupación de la población indígena encuestada.....	60

10	Distribución porcentual de la Puntuación obtenida por el Componente latencia del sueño (C2) según la región geográfica de la población indígena encuestada.....	62
11	Distribución porcentual de la Puntuación obtenida por el Componente (C3) Duración del sueño según el género de la población indígena encuestada.....	65
12	Distribución porcentual de la Puntuación obtenida por el Componente (C3) Duración del sueño, según los grupos etarios de la población indígena encuestada.....	67
13	Distribución porcentual de la Puntuación obtenida por el Componente (C3) Duración del sueño según la ocupación de la población indígena encuestada.....	69
14	Distribución porcentual de la Puntuación obtenida por el Componente (C3) Duración del sueño según la región geográfica que habita la población indígena encuestada.....	71
15	Distribución porcentual de la Puntuación obtenida por el Componente (C4) Eficiencia del sueño según el género de la población indígena encuestada.....	75
16	Distribución porcentual de la Puntuación obtenida por el Componente (C4) Eficiencia del sueño.....	76
17	Distribución porcentual de la Puntuación obtenida por el Componente (C4) Eficiencia del sueño según la ocupación de la población indígena encuestada.....	78
18	Distribución porcentual de la Puntuación obtenida por el Componente (C4) Eficiencia del sueño según la región geográfica que habita la población indígena encuestada.....	78
19	Distribución porcentual de la Puntuación obtenida por el Componente de perturbación extrínseca del sueño (C5) según el género de la población indígena encuestada.....	83

20	Distribución porcentual marginal del Componente 5 (C5) perturbación extrínseca del sueño según el género de la población indígena encuestada.....	84
21	Distribución porcentual de la Puntuación obtenida por el Componente de perturbación extrínseca del sueño (C5) Según los grupos etarios de la población indígena encuestada.....	87
22	Distribución porcentual de la Puntuación obtenida por el Componente de perturbación extrínseca del sueño (C5) según la ocupación de la población indígena encuestada.....	95
23	Distribución porcentual marginal del Componente 5 (C5) Perturbación extrínseca del sueño según la ocupación de la población indígena encuestada.....	98
24	Distribución porcentual de la Puntuación obtenida por el Componente de perturbación extrínseca del sueño (C5) según la región geográfica de la población indígena encuestada.....	101
25	Distribución porcentual marginal del Componente (C5) perturbación extrínseca del sueño según la región geográfica que habita la población indígena encuestada.....	103
26	Distribución porcentual Marginal de la Puntuación de las Perturbaciones Extrínsecas del sueño (C5) en la población indígena encuestada.....	104
27	Distribución porcentual de la Puntuación obtenida por el Componente (C6) uso de medicación hipnótica para dormir, según el género de la población indígena encuestada.....	108
28	Distribución porcentual de la Puntuación obtenida por el Componente (C6) uso de medicación hipnótica para dormir, por grupo etario de la población indígena encuestada.....	110
29	Distribución porcentual de la Puntuación obtenida por el	

	Componente (C6) uso de medicación hipnótica para dormir, según la ocupación de la población indígena encuestada.....	112
30	Distribución porcentual de la puntuación obtenida por el Componente (C6) uso de medicación hipnótica para dormir, por región geográfica de la población indígena encuestada.....	114
31	Distribución porcentual de la puntuación obtenida por el Componente (C7) Disfunción diurna, según el género de la población indígena encuestada.....	117
32	Distribución porcentual de la puntuación obtenida por el Componente (C7) Disfunción diurna, según el grupo etario de la población indígena encuestada.....	119
33	Distribución porcentual de la puntuación obtenida por el Componente (C7) Disfunción diurna, según la ocupación de la población indígena encuestada.....	120
34	Distribución porcentual de la puntuación obtenida por el Componente (C7) Disfunción diurna, según la región geográfica donde habita la población indígena encuestada.....	121
35	Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI según el género masculino de la población indígena encuestada.....	124
36	Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI según el género femenino de la población indígena encuestada.....	125
37	Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI del grupo etario de 10 a 20 años de la población indígena encuestada.....	127
38	Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI del grupo etario de 21 a 30 años de la población indígena	128

	encuestada.....	
39	Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI del grupo etario de 31 a 40 años de la población indígena encuestada.....	129
	.	
40	Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI del grupo etario de 41 a 50 años de la población indígena encuestada.....	131
41	Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI del grupo etario de 51 a 60 años de la población indígena encuestada.....	132
42	Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI del grupo etario de 61 a 70 años de la población indígena encuestada.....	133
	.	
43	Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI del grupo etario de >70 años de la población indígena encuestada.....	135
	.	
44	Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI según los grupos etarios de la población indígena encuestada.....	136
45	Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI de los Agricultores de la población indígena encuestada.....	138
46	Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI de las amas de casa de la población indígena encuestada.....	139
47	Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI de los docentes de la población indígena encuestada.....	140
48	Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI de las Enfermeras de la población indígena encuestada.....	141

49	Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI de los estudiantes de la población indígena encuestada.....	142
50	Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI de los obreros de la población indígena encuestada.....	144
51	Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI de los sujetos cuya ocupación son otras actividades dentro de la población indígena encuestada.....	145
52	Distribución de la puntuación de los componentes del PSQI Según las ocupaciones de la población indígena encuestada.....	146
53	Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI de la población indígena encuestada que habita en la región geográfica N° 1 Guayana.....	148
54	Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI de la población indígena encuestada que habita en la región geográfica N° 2 Los Llanos.....	150
55	Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI de la población indígena encuestada que habita en la región geográfica N° 3 Occidente.....	151
56	Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI Según las regiones geográficas en las que habita la población indígena encuestada.....	152



Nº	INDICE DE GRAFICOS	Pag.
1	Distribución etnográfica de los pueblos indígenas de Venezuela.....	34
2	Mapa climático de Venezuela.....	34
3	Distribución de la población indígena encuestada según el sexo.....	42
4	Distribución de la Población Indígena encuestada según los grupos etarios.....	42
5	Distribución porcentual de la población indígena encuestada según la ocupación.....	43
6	Distribución porcentual de la población indígena encuestada según la Región geográfica.....	43
7	Distribución porcentual de los grupos etarios de la población Indígena encuestada según la región geográfica que habitan.....	45
8	Distribución marginal del (C1) Calidad subjetiva del sueño según el género.....	49
9	Distribución de los porcentajes marginales del Componente (C1) Calidad subjetiva del sueño Según los grupos etarios de la población indígena encuestada.....	51
10	Distribución de los porcentajes marginales del Componente 1 (C1) Calidad subjetiva del sueño según los grupos etarios de la población indígena encuestada.....	53
11	Distribución porcentual marginal del Componente (C1) Calidad subjetiva del sueño según la región geográfica.....	55
12	Distribución porcentual marginal del Componente (C2) Latencia del sueño según el género de la población indígena encuestada.....	57

13	Distribución porcentual marginal de la puntuación obtenida por el Componente (C2) de latencia del sueño según los grupos etarios de la población indígena encuestada.....	59
14	Distribución porcentual Marginal del Componente 2 (C2) Latencia del sueño según la ocupación u oficio que desempeña la población indígena encuestada.....	61
15	Distribución porcentual marginal del Componente 2 (C2) Latencia del sueño según la región geográfica que habita la población indígena encuestada.....	63
16	Distribución porcentual marginal del Componente (C3) de Duración del sueño según el género de la población indígena encuestada.....	66
17	Distribución porcentual marginal del Componente 3(C3) Duración del sueño según los grupos etario de la población indígena encuestada.....	68
18	Distribución porcentual marginal del Componente (C3) Duración del sueño según la ocupación de la población indígena encuestada.....	70
19	Distribución porcentual marginal del Componente (C3) de Duración del sueño según la región geográfica que habita la población indígena encuestada.....	72
20	Distribución porcentual marginal del Componente 4 (C4) Eficiencia habitual del sueño según el género de la población indígena encuestada.....	75
21	Distribución porcentual marginal del Componente 4 (C4) Eficiencia habitual del sueño según los grupos etarios de la población indígena encuestada.....	77
22	Distribución porcentual marginal del Componente (C4) Eficiencia habitual del sueño según la ocupación de la población indígena encuestada.....	79
23	Distribución marginal del Componente 4 (C4) Eficiencia habitual del sueño según las regiones geográficas que habita la población indígena encuestada.....	80

24	Distribución porcentual marginal del Componente 5 (C5) Perturbaciones extrínsecas del sueño Despertares nocturnos según los grupos etarios de la población indígena encuestada.....	89
25	Distribución porcentual marginal del Componente 5 (C5) de Perturbaciones del sueño levantarse para ir al baño según los grupos etarios de la población indígena encuestada.....	90
26	Distribución porcentual marginal del Componente 5 (C5) Perturbaciones del sueño por dificultad para respirar según los grupos etarios de la población indígena encuestada.....	90
27	Distribución porcentual marginal del Componente 5 (C5) Perturbaciones del sueño por despertarse causa de la tos según grupos etarios de la población indígena encuestada..	91
28	Distribución porcentual marginal del Componente 5 (C5) Perturbaciones del sueño por despertarse por causa del frío según grupos etarios de la población indígena encuestada.....	92
29	Distribución porcentual marginal del Componente 5 (C5) Perturbaciones del sueño por despertarse por causa del calor según los grupos etarios de la población indígena encuestada.....	92
30	Distribución porcentual marginal del Componente 5 (C5) Perturbaciones del sueño por despertarse a causa de pesadillas según los grupos etarios de la población indígena encuestada.....	30
31	Distribución porcentual marginal del Componente 5 (C5) Perturbaciones del sueño por despertarse por causa de algún dolor según los grupos etarios de la población indígena encuestada.....	31
32	Distribución de frecuencia de los porcentajes marginales del Componente 5 (C5) por despertares nocturnos según la ocupación que desempeña la población indígena encuestada.....	100

33	Distribución porcentual marginal del componente N° 6 (C6) Uso de medicación hipnótica según el género de la población indígena encuestada.....	109
34	Distribución porcentual marginal del componente N° 6 (C6) Uso de medicación hipnótica según los grupos etarios de la población indígena encuestada.....	111
35	Distribución porcentual marginal del componente N° 6 (C6) Uso de medicación hipnótica según la ocupación de la población indígena encuestada.....	113
36	Distribución porcentual marginal del componente N° 6 (C6) Uso de medicación hipnótica según la región geográfica en la que habita la población indígena encuestada.....	114
37	Distribución porcentual marginal del Componente 7(C7) Disfunción diurna según el género de la población indígena encuestada.....	118
38	Distribución porcentual marginal del Componente (C7) Disfunción diurna según los grupos etarios de la población indígena encuestada.....	119
39	Distribución porcentual marginal del Componente 7 C7) Disfunción diurna según los grupos etarios de la población indígena encuestada.....	120
40	Distribución porcentual marginal del Componente 7 C7) Disfunción diurna según la región geográfica que habita la población indígena encuestada.....	122
41	Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI en el Género masculino de la población indígena encuestada.....	125
42	Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI en el Género femenino de la población indígena encuestada.....	126
43	Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI en la variable Género de la población indígena encuestada.....	126

44	Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI según el Género masculino y femenino de la población indígena encuestada.....	127
45	Tendencia de la puntuación de los Componentes del PSQI En el grupo etario de 10 a 20 años de la población indígena encuestada.....	128
46	Tendencia de la puntuación de los Componentes del PSQI en el grupo etario de 21 a 30 años de la población indígena encuestada.....	129
47	Tendencia de la puntuación de los Componentes del PSQI en el grupo etario de 31 a 40 años de la población indígena encuestada.....	130
48	Tendencia de la puntuación de los Componentes del PSQI en el grupo etario de 41 a 50 años de la población indígena encuestada.....	131
49	Tendencia de la puntuación de los Componentes del PSQI En el grupo etario de 51 a 60 años de la población indígena encuestada.....	133
50	Tendencia de la puntuación de los Componentes del PSQI en el grupo etario de 61 a 70 años de la población indígena encuestada.....	134
51	Tendencia de la puntuación de los Componentes del PSQI en el grupo etario de mayores de 70 años de la población indígena encuestada.....	135
52	Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI de los grupos etarios de la población indígena encuestada.....	137
53	Distribución de la tendencia de la puntuación del PSQI de los grupos etarios de la población indígena encuestada.....	138
54	Tendencia de los puntajes de los componentes en los Agricultores de la población indígena encuestada.....	139
55	Tendencia de los puntajes de los componentes en las Amas de Casa de la población indígena encuestada.....	140

56	Tendencia de los puntajes de los componentes en los Docentes de la población indígena encuestada.....	141
57	Tendencia de los puntajes de los componentes del PSQI en los Estudiantes de la población indígena encuestada.....	143
58	Tendencia de los puntajes de los Componentes del PSQI en los Docentes de la población indígena encuestada.....	144
59	Tendencia de los puntajes de los componentes del PSQI en los Docentes de la población indígena encuestada.....	145
60	Distribución de las puntuaciones obtenidas por los Componentes del PSQI según la ocupación de la población indígena encuestada.....	147
61	Distribución de promedios de la puntuación de los Componentes del PSQI según la ocupación de la población indígena encuestada.....	148
62	Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI de la región geográfica N° 1 Guayana de la población indígena encuestada.....	149
63	Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI de la región geográfica N° 2 los Llanos de la población indígena encuestada.....	150
64	Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI de la región geográfica N° 3 Occidente de la población indígena encuestada.....	151
65	Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI Según la región geográfica que habita la población indígena encuestada.....	152
66	Tendencia de la puntuación del PSQI según la región geográfica que habita la población indígena encuestada....	153

## **CAPITULO I**

### **INTRODUCCIÓN**

En el mundo existen alrededor de 370 millones de indígenas distribuidos en unos 90 países. Según datos aportados por la United Nations Permanent Forum on Indigenous Issues en Cuningham ((UNPFII-2010). La situación de los indígenas en general es crítica, las tasas de pobreza son perceptiblemente más altas entre la gente indígena comparada a otros grupos. Mientras que los indígenas representan el 5% de la población del mundo, éstos están dentro del 15% de los pobres del mundo.

En la República Bolivariana de Venezuela, según el Instituto Nacional de Estadísticas (OCNE) (Censo 2001), la población indígena está constituida por 532.783 personas, que representan el 2,3% de la población nacional. Por otra parte el autor Brito citado en Rivero (2008) estima que la población indígena venezolana real podría ubicarse entre 900.000 y 1.000.000 de habitantes, lo que representaría (4%) de la población venezolana actual, asimismo considera que (14%) de la población venezolana que residen en áreas rurales tienen un origen indígena (Arvelo 1.990).

Es importante resaltar el papel que juega el perfil epidemiológico de la población indígena mundial en cuanto a su asociación a altos índices de pobreza, desempleo, analfabetismo, migración, exclusión social y pobreza extrema, que se arraigan en otros factores, tales como la carencia del acceso a la educación y a los servicios de salud.

En América Latina la población indígena está sometida a un común denominador constituido por, la discriminación racial con todas las repercusiones sociales y culturales que ello implica, siendo generalmente objeto del olvido. En estas poblaciones se encuentran los más bajos puntajes de bienestar social y como lo exponen Biord (2004), Freire (2007), (CISOR 2008), Freitz (2003) y Torres (2009), la pobreza extremadamente aguda y generalizada es el rasgo dominante. A

estas realidades no escapan los indígenas venezolanos objeto de esta investigación.

Los estudios en torno al tema del sueño en etnias indígenas son muy escasos y en la República Bolivariana de Venezuela particularmente son inexistentes. Un tema tan importante como la calidad del sueño, es considerado como uno de los 5 factores biológicos fundamentales para la vida es totalmente desconocido dentro del ámbito indígena venezolano.

El sueño tiene importantes funciones ligadas al buen funcionamiento del organismo, especialmente en la función inmunológica, metabólica, en el aprendizaje, la memoria, en el proceso de homeostasis y otras funciones vitales (Benington 2.000). Además es considerado por algunos autores como un indicador de salud y calidad de vida.

Diversos estudios como los de Briones (1.996), Miró (2005), Agudelo (2008), han mostrado que los trastornos del sueño constituyen frecuentemente una manifestación más de un amplio número de patologías médicas y psiquiátricas. Esta afectación tiene una etiología multifactorial, y en países de avanzada los trastornos del sueño han llegado a convertirse en problema de salud pública (Partinem 2005).

La calidad del sueño puede verse modificada por los cambios fisiológicos ligados a etapas de la vida como la edad, según Paine (2006), Espinosa (2000), Cazorla (2001), Dulcey (2002). Asimismo pueden participar en ello, aspectos fisiológicos ligados al sexo especialmente el femenino Harvey (2008). Otros elementos que puede incidir en la calidad del sueño, son: las costumbres, el hábitat o bien el tipo de actividad laboral. Celade (2001).

Otros investigadores como Adan (1997) han puesto de manifiesto las diferencias en los hábitos para dormir en diversas culturas. Santamaria (2004), sostiene que cada cultura tiene costumbres con respuestas psicológicas variables ante determinados eventos. Es por ello que es recomendable tomar en cuenta las



características ecológicas y las características humanas a través de estudios transculturales que permitan conocer como estas variables se influyen unas con otras en este conglomerado multifactorial.

Son escasos y aislados los estudios cuyos datos permitan ser contrastados con otras etnias en su ambiente natural, por lo cual esta investigación viene a llenar ese vacío y satisfacer la necesidad de estudios epidemiológicos étnicos en torno a la prevalencia de los trastornos del sueño.

En esta investigación se presenta el estudio de la calidad del sueño en una muestra indígena única e inédita, que la convirtió en un reto científico fascinante, partiendo del hecho de que en la calidad del sueño participan elementos biológicos y psicosociales de gran complejidad, cuya afectación en países de avanzada, han llegado a convertirse en problema de salud pública.

Internacionalmente se ha detectado que los estudios sobre sueño en indígenas han abordado el problema de aquellos que han emigrado hacia áreas urbanas o bien a estudios de consultorio orientados a la detección de trastornos del sueño, donde la etnicidad se convierte en un tema importante de discusión en cuanto a su influencia en la calidad del sueño.

En cuanto a esa área temática, Stepnowski (2008), Redline (2004) plantea que la arquitectura del sueño varía perceptiblemente según la pertenencia étnica encontrando diferencias particularmente importantes entre los indios americanos con respecto a blancos, negros, hispanos, o americanos asiáticos. Por su parte Thomas (2009) también considera la etnicidad como un factor influyente importante en la calidad del sueño.

Pero existe cierta controversia al respecto y opiniones encontradas como la de Mezick (2008), Durrence (2006), Moore (2002), quienes consideran que la influencia de la etnicidad sobre la calidad del sueño, parece coincidir más con los factores socio-ambientales adversos que por factores genéticos raciales.

En concordancia con ello se encuentra que, Gellis (2005), Bogui (2002) y mas recientemente Goodin (2010) investigó la relación entre la percepción de la situación socioeconómica de diversos grupos étnicos entre 149 estudiantes universitarios y su influencia en la calidad subjetiva del sueño, detectó que existe una relación directa entre el estatus socioeconómico bajo y una mala calidad subjetiva del sueño entre los americanos asiáticos y americanos africanos, pero no así en americanos caucásicos.

Otros estudios coincidentes con este aspecto son los de Blazer (1.995), , Kunter (2004), Jean Louis (2005), y más recientemente Pigeon (2011) quien en una población de familias urbanas de Nueva York donde (52%) de las personas eran de raza negra y (46%) de raza blanca, encontró que (71%) de las personas de raza negra padecían trastornos del sueño parcialmente asociados a depresión o bajo estatus socioeconómico.

En torno a otro aspecto étnico, autores como See (2006) da relevancia en los resultados de sus investigaciones, a los factores étnicos y genéticos, en el riesgo de padecer apnea obstructiva del sueño, al relacionarlos con las variaciones en estructura cráneo-facial, obesidad, distribución de las grasas de cuerpo, y estado socioeconómico. Estos resultados evidencian una relación entre el bajo nivel socioeconómico y la calidad del sueño en las etnias minoritarias en áreas urbanas.

De tal manera que la etnicidad continúa siendo un tema controversial dentro de los estudios de la calidad del sueño. Entre los investigadores de este tema en etnias indígenas a nivel internacional se evidencia un interés particular por estudiar a aquellos que al haber migrado a áreas urbanas, se han visto sometidos a procesos de aculturación y expuestos a contaminantes que requieren de su adaptación y cuyos efectos deletéreos repercuten en su calidad del sueño.

Sin embargo, son excepcionales los estudios de etnias indígenas en su ambiente geo-climático natural, que si bien esta rodeado de precariedad, ésta forma parte de su cotidianidad en la cual existe una adaptación natural exenta de contaminantes urbanos.

De una exhaustiva revisión en la literatura internacional, se han recopilado referentes bibliográficos de las investigaciones más relevantes en torno al tema del sueño en indígenas que se resume en el Cuadro N° 1.

Entre los autores que se han dedicado al estudio del sueño en indígenas se encuentra Froese (2008), quien detecta que los trastornos del sueño son muy comunes en indígenas de la British Columbia en Norteamérica y que el sueño de las mujeres es más liviano que el de los hombres.

Otras etnias indígenas que han sido objeto de estudio del sueño son los indígenas Maoríes de Nueva Zelandia, etnias de origen Polinesio que representan cerca del (14%) de la población de ese país, donde (Paine col. 2004, 2005) en un estudio nacional, encontró que el (72.5%) de la muestra presentaba síntomas de insomnio, perceptiblemente más alto en los indígenas Māori que los no-Māori. Estos síntomas estaban asociados perceptiblemente a una precaria calidad de vida.

Aproximadamente un cuarto de los adultos de Nueva Zelandia padecen problemas crónicos del sueño, destacando el insomnio como el más relevante y que se presenta como un problema de salud pública en ese país, altamente asociado a la pertenencia étnica.

Por otra parte Gander (2005) evidencia que la somnolencia diurna entre los indígenas Maori contribuye perceptiblemente a incrementar los accidentes de tránsito y laborales. En este mismo país O'Connor (2003) detectó que los indígenas de la etnia Maori obtuvieron índices del ESS de 7,5 con respecto a 6,0 obtenido por los no Maori.

Otra área habitada por indígenas es la región circumpolar ártica, la cual se extiende por ocho países: Islandia, Groenlandia (Dinamarca), Canadá, Noruega, Finlandia, Suecia, Rusia, y los Estados Unidos. Cuenta con 3.74 millones de habitantes de quienes el 9% son indígenas, algunos autores han estudiado el sueño en las etnias que habitan estas remotas áreas.

Cuadro N°1  
Investigaciones internacionales del sueño en indígenas

FUENTE	INVESTIGACIÓN
Froese CL (2008)	Depression and sleep-related symptoms in an adult, indigenous, north american population. <i>J Clin Sleep Med</i> 2008;4(4):356–361.
O'Connor GT, Lind BK, Lee ET al. (2003)	Variation in symptoms of sleep-disordered breathing with race and ethnicity: the Sleep Health Heart Study. <i>Sleep</i> 2003;1:74-9.
Paine SJ, Gander PH, Harris R, Reid P. (2004)	Who reports insomnia? Relationships with age, sex, ethnicity, and socioeconomic deprivation. <i>Sleep</i> 2004;27:1163-9.
Paine SJ, Gander PH, Harris R, Reid P. (2005)	Prevalence and consequences of insomnia in New Zealand: disparities between Māori and non-Māori. <i>Australia and New Zealand Journal of Public Health</i> 29: 22–28.
Gander (2005)	The Epworth Sleepiness Scale: Influence of Age, Ethnicity, Socioeconomic Deprivation. Epworth Sleepiness Scores of Adults in New Zealand. <i>Sleep</i> 28(2): 249–253.
O'Connor (2003)	Variation in symptoms of sleep-disordered breathing with race and ethnicity: the Sleep Health Heart Study. <i>Sleep</i> 2003;1:74-9.
Bakken K, Melhus M, Lund E. (2006)	Use of hypnotics in Sámi and non-Sámi populations in northern Norway. <i>Int J Circumpolar Health</i> . 2006 Jun;65(3):261-70.
Mihaere K, Gander P, Reid P, Grunstein R, Neill A. (2003).	Prevalence of obstructive sleep apnoea among adult Māori and non-Māori in a New Zealand community sample. <i>Sleep</i> 26: 237.
Minihaere KM, Harris R, Gander P, et al. (2009)	Apnoea in New Zealand adults: prevalence and risk factors among Maori and non-Maori. <i>Sleep</i> 2009;32(7):949-56.
Zvolensky M., McNeil D., Porter C., Stewart S., (2001)	Assessment of anxiety sensitivity in young American Indians and Alaska Natives. <i>Behav Res Ther</i> . 2001 Apr;39(4):477-93.

FUENTE	INVESTIGACIÓN
Kirmayer L., (1998)	Emerging Trends in Research on Mental Health Among Canadian Aboriginal Peoples <i>A Report Prepared for the Royal Commission on Aboriginal Peoples Culture &amp; Mental Health Research Unit</i>
Pierce R., Antic R., Chang A., M., Howard., James A., Maguire G., Matthiesson A., Musk B., Roseby R., Simpson G., Torzillo P (2010)	Respiratory and sleep health In indigenous australians . Report of: Thoracic Society of Australia and New Zealand and Australasian Sleep Association
Ke-Hsin Chueh, Mei-Sang Yang, Cheng-Sheng Chen and Shyam-Min Chiou (2009)	Poor sleep quality and alcohol use problems among elderly Taiwanese aboriginal women. <i>International Psychogeriatrics</i> (2009), 21:3, 593–599
Lai Hui-ling (2002)	A Health Policy Analysis: Mental Health of the Taiwan Aboriginal Elderly People Tzu Chi <i>Nursing Journal</i> , 2002; 1:4, 13-20
Reimão R, Souza JC, Guerra HL, Gaudioso (2000)	CEV. Hábitos do sono e insônia em indígenas Bororó adultos, em sono, sonho e seus distúrbios. São Paulo: Frôntis; 1999.
Harris, R. B. (1998).	Sleep problems among Maori and non-Maori adults: A pilot study. <i>Department of Public Health Seminar Series</i> . Wellington: Wellington School of Medicine, Te Ropu Rangahau Ha.
Baldwin CM, Ervin AM, Mays MZ, Robbins J, Shafazand S, Walsleben J, Weaver T. (2000)	Sleep disturbances, quality of life, and ethnicity: the Sleep Heart Health Study. <i>J Clin Sleep Med</i> . 2010 Apr 15;6(2):176-83.
Baldwin DR, Kolbe J, Troy K, Belcher J, Gibbs H, Frankel A, Eaton T, Christmas T, Veale A. (1998).	Comparable clinical and physiological features of Māori, Pacific Islanders and Europeans with sleep related breathing disorders. <i>Respirology</i> 3: 253–260.
Blunden S., Chervin D., Journal of Paediatrics and Child Health (2010)	Sleep, performance and behaviour in Australian indigenous and non-indigenous children: An exploratory comparison Volume 46, Issue 1-2, pages 10–16, January/February 2010

Nilssen (1997) es uno de ellos y presentó una investigación en la cual comparò la prevalencia de los trastornos del sueño en dos poblaciones étnicas diversas que vivían bajo mismo clima ártico extremo. Compararon a un total de 453 noruegos (319 hombres y 134 mujeres) con 450 rusos (317 hombres y 133

mujeres), todos mayores de 18 años en Svalbard la localidad situada más al norte del mundo.

Los resultados arrojaron que entre los rusos, el (81%) de los hombres y el (77%) de las mujeres presentaban problemas para dormir de por lo menos 2 semanas de duración. Entre los noruegos el (22%) de los varones y el (25%) de las mujeres. Mientras que los problemas para dormir entre noruegos eran igualmente frecuentes a lo largo del año, en los rusos se detectaron más problemas durante la noche polar.

La prevalencia de trastornos del sueño en los rusos se cuadruplicó con respecto a los noruegos que vivían en Svalbard, las causas fueron atribuidas a que los rusos encuestados eran originarios de latitudes más bajas que los noruegos, así que se responsabilizó de las diferencias a problemas de aclimatación inadecuada después de su migración al norte.

Bakken (2006) Estudió el insomnio en los Sami en su hábitat natural, etnia indígena ártica que habita en Sápmi, que abarca el norte de Suecia, de Noruega, de Finlandia y de Rusia, es la Europa situada más al norte. En esta etnia el insomnio se presentó en muy bajo porcentaje y el uso de hipnóticos fue perceptiblemente más bajo en los Sámi que en los non-Sámi en el norte de Noruega.

Zvolenski (2001) presento un estudio acerca de la incidencia de la sensibilidad y la ansiedad en indios y nativos americanos jóvenes de Alaska, encontrándose que los disturbios mentales, tales como cambios del humor con las estaciones del año, trastornos del sueño, y ansiedad son comunes en estas etnias.

Kirmayer (1998) presentó en un informe de la Royal Commission of Aboriginal Peoples of Canadá, las tendencias que emergen en la investigación sobre salud mental entre aborígenes canadienses. Los reportes detectaron

trastornos del sueño en (39%) de la población, además de niveles perceptiblemente más altos de mortalidad, con una esperanza de vida cerca de 10 años más corta que el del canadiense promedio. Cabe destacar que más del 75% de la población aborígen canadiense reside en reservaciones sometidos a discriminación, bajos niveles socioeconómicos y precariedad en servicios de salud.

En Australia, los problemas del sueño en niños indígenas australianos son bastante comunes. En un estudio de Blunden (2009) se comparó la calidad del sueño en niños indígenas y no-indígenas e investigó efectos sobre su comportamiento en la escuela y las actividades del día. Los resultados del estudio sugieren que más de un tercio en esta muestra experimental padecen de problemas significativos del sueño, hasta el punto de deteriorar su comportamiento.

Pierce (2010) en una reciente investigación acerca de la salud respiratoria y calidad del sueño en indígenas australianos, reporta que las enfermedades y los desórdenes respiratorios que afectan al sueño, abarcan una tasa significativa de la mortalidad en la población indígena. Por otra parte, la interrupción del sueño es muy común en estas comunidades donde las prácticas culturales dan lugar a música y ruido que se extienden hasta altas horas de la noche.

Diversos autores tales como Su 2004; Tsai 2000, Blay , 2008; Yao, 2008 citados en Ke-Hsin Chueh (2009) han dedicado investigaciones del sueño en indígenas de Taiwan, quienes tienen un acoplamiento lingüístico y genético con etnias de las Filipinas, Malasia e Indonesia., estimándose que entre el 8% y el 54% de las mujeres mayores aborígenes de Taiwan tiene una mala calidad del sueño, constituyendo un problema de salud pública importante.

Por su parte Lai Hui-ling (2002) en un análisis de la política sanitaria sobre la salud mental de los aborígenes de Taiwán mayores de 60 años, encontró que (70%) de esa población padece de enfermedades o discapacidades físicas que

pueden ser causa directa de suicidio y que comparten importantes problemas crónicos del sueño.

En Latinoamérica El primer grupo étnico que estudió el autor Reimao (1.999, 2000, 2007) en Brasil fue el Terena, nativos brasileños de la región central del estado de Mato Grosso, en 1.998. Estos indígenas se caracterizan por ser pacíficos y dedicados principalmente a la agricultura. El insomnio entre los Terenas se presentó en (4.6%), y el uso de hipnótico fue de (1.5%), notablemente menor que entre poblaciones urbanas.

En esas aldeas las medicinas occidentales del sueño todavía no estaban disponibles y cuando se presentó el insomnio generalmente fue leve. Por otra parte se detectó una duración del sueño más corta y la latencia del sueño fue más prolongada que en las áreas urbanas, Reimao (2000).

Las costumbres de los indios de Terena demuestran tener factores que favorecen la buena higiene del sueño. Mantienen horas regulares para dormir y despertar. Su actividad agrícola favorece este ritmo constante. Esta gente no utiliza relojes, usan el sol para seguir su horario de tiempo. No están sujetos a la presión del tiempo, común en poblaciones urbanas. Utilizan el tiempo necesario para alcanzar un sentido del bienestar y no se privan del sueño.

Otro aspecto a resaltar es que, no tienen luz eléctrica u otra fuente de luz artificial en sus dormitorios, éstos son oscuros en la noche y con una temperatura ambiente cómoda con poco ruido externo.

Asimismo. Reimao (1.999) reporta en un estudio de Campo Grande en Brasil, que entre los pobladores de las tribus indígenas de Bororó ninguno se vio aquejado de insomnio en la semana anterior al estudio.

Algunos autores como Zuñiga (1998) han planteado que las culturas indígenas no son mejores ni peores que otras, simplemente son diferentes. Sin embargo en estudios como los de Fuertes (2006), Mezick (2008), Arber (2009),



(Decker 2009), Voss (2008) se evidencia que los procesos de aculturación y adaptación urbana afectan su calidad del sueño de manera similar a los habitantes urbanos naturales.

De todo lo expuesto anteriormente se aprecian contrastes y coincidencias acerca de la influencia que puede tener la etnicidad y el ambiente sociocultural en la calidad del sueño, de tal manera que surge una interrogante obligada: ¿Cómo se comporta el fenómeno de la calidad del sueño en las etnias indígenas venezolanas, desde una perspectiva más amplia, en su hábitat natural donde desarrollan su cotidianidad exenta de contaminantes urbanos?.

Surge entonces la siguiente hipótesis que propone esta investigación;

“Ante el hecho de que en los ambientes indígenas no existen muchos de los contaminantes urbanos, tales como: el ruido, la luz eléctrica, tecnología, presiones laborales etc. que alteran la calidad del sueño. Las etnias indígenas venezolanas deben gozar de una buena calidad del sueño, afectada solamente por aquellos factores biológicos naturales propios del género y las etapas de la vida, o bien por factores externos propios de su hábitat geo-climático o de su desempeño ocupacional”.

Para la comprobación de esa hipótesis se estableció un objetivo general, el cual consistió en: Caracterizar la calidad del sueño los indígenas venezolanos en el ambiente natural donde se desenvuelve su cotidianidad. Con los siguientes objetivos específicos:

Determinar el comportamiento de los diferentes componentes de la calidad del sueño en estas etnias, según su género, las etapas de la vida, la actividad laboral (ocupación) y ambiente geo-climático en el que habitan.

Para luego contrastar los resultados obtenidos con los referentes bibliográficos nacionales e internacionales que estudian el tema.

Entre los aspectos que justificaron la presente investigación se encuentra, el gran valor que tiene el estudio del sueño en la población indígena para comprender cómo los hábitos del sueño y las diferencias étnicas influyen en su calidad principalmente por la pertinencia que tienen los estudios epidemiológicos en estas culturas tradicionales, fundamentales para una mejor comprensión del fenómeno de la calidad del sueño.

Otro aspecto importante es la necesidad de adoptar estrategias innovadoras que permitan aprovechar las bondades de los instrumentos tradicionales de medición de la calidad del sueño, como el PSQI; Este excelente instrumento se encuentra estandarizado y validado para ser aplicado a individuos con un nivel de conocimientos que las etnias indígenas no tienen, por lo tanto su autoadministración se dificulta.

De ello se deriva la conveniencia de probar estrategias de adaptación del instrumento de recolección de la información, a las realidades culturales indígenas para su aplicación, y así vencer la barrera lingüística y el analfabetismo, para lograr una interpretación adecuada en la recolección de respuestas acertadas en sus leguajes.

La relevancia de esta investigación reside en su proyección social y sus beneficios para estas etnias indígenas. La información recabada supondrá una base de datos que podrá ser incorporada a los proyectos de apoyo a la salud integral de los indígenas de este país.

En este orden de ideas, en la República Bolivariana de Venezuela se están desarrollando programas de apoyo a la salud integral del indígena. Rivero (2000), Sánchez (2002), donde el tema del sueño debe ser tomado en cuenta como componente importante, del cual es necesario conocer su comportamiento como fenómeno para incorporarlo a los programas de prevención, promoción de la salud y rehabilitación del individuo.

Internacionalmente la investigación de este tema en el contexto del indigenismo encuentra apoyo en la WASM (World Association of Sleep Medicine) (2009) en la cual se han emitido criterios tan importantes como el que se cita:

*“Mientras que la **toma de conciencia profesional y social** sea el primer paso sobre el cual actuar, los trastornos del sueño se pueden prevenir y tratar médicamente en cualquier país del mundo” (p. 1).*

Por otra parte el aporte de conocimientos acerca de las características de la calidad del sueño en las etnias indígenas venezolanas será un aporte útil para apoyar los planes de acción social de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo y de las líneas de investigación desarrolladas en el Doctorado de Patología Existencial de la Universidad Autónoma de Madrid y a los planes de salud y calidad de vida para los Pueblos Indígenas de Venezuela.

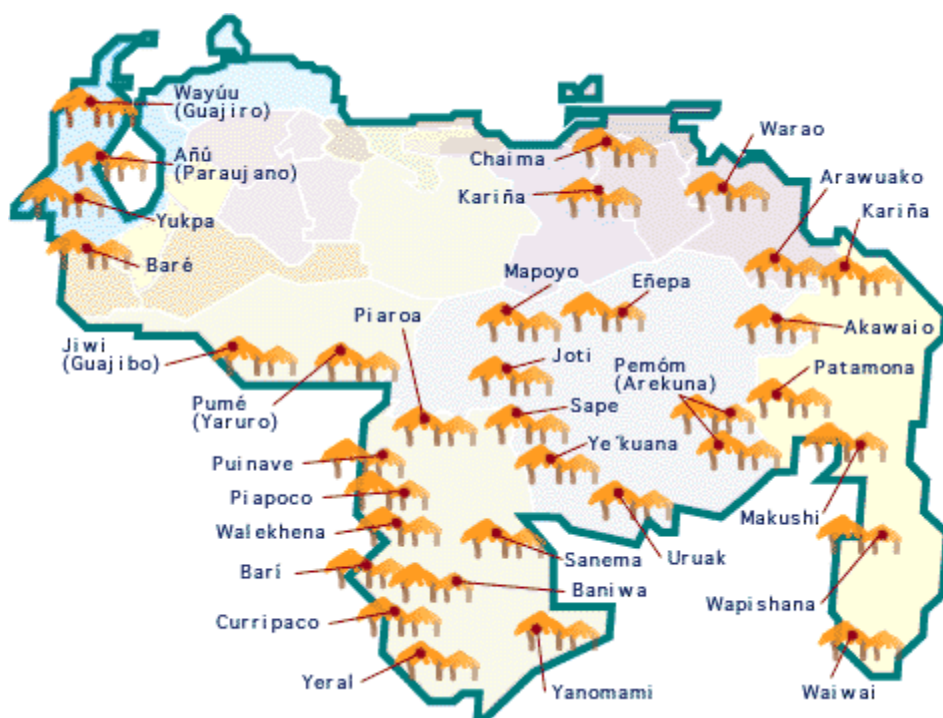
Esta investigación tiene además un valor científico cultural, que viene a contribuir con nuevos conocimientos, para apoyar teorías acerca de la calidad del sueño en ambientes de convivencia biopsicosocial en armonía con la naturaleza, de lo cual pueden surgir recomendaciones que abren camino a ulteriores estudios relacionados con este interesante tópico.

## CAPITULO II

### METODOLOGIA

#### Población y Muestra

La población indígena venezolana, según Instituto Nacional de Estadísticas (Censo 2001) está constituida por 532.783 personas, que representan el 2,3% de la población nacional distribuida en su mayoría en el sur y occidente del país, como puede apreciarse en el Gráfico N° 1.



**Gráfico N° 1**

Distribución etnográfica de los pueblos indígenas de Venezuela

Fuente: Rivero (2007).

<http://200.44.98.254/images/contenidos/pindigenas-mapa1.jpg>

La determinación del tamaño muestral tomó en consideración los siguientes factores:

**Valor aproximado del parámetro a medir:**

La proporción debería fundamentarse en estudios previos, mas sin embargo ante la inexistencia de éstos y por tratarse de una investigación de índole descriptivo se utilizará el valor estándar de 50%.  $\pi = 50\%$ . La precisión deseada en la investigación: En este caso se deseó una precisión o error máximo permitido del 5%.  $E = 5\%$ .

Para determinar la muestra se aplicó la fórmula estadística para determinar el tamaño de muestra en proporciones:

$$n = Z \cdot \pi \cdot (1 - \pi) / e^2$$

El resultado de su aplicación fue de **384,16** personas a ser encuestadas. La muestra que se encuestó en esta investigación fue de **385** personas, lo cual permite un índice adecuado para la significación estadística.

**El nivel de confianza o seguridad:**

Para este estudio el nivel de confianza prefijado es del 95% equivalente a una  $Z=1,96$  (Valor tipificado de una Distribución normal estándar)

**Procedimiento**

La población indígena encuestada fue delimitada intencionalmente a la población indígena abordada por el programa “*Todos por la Vida*” de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo, el cual proporciona atención primaria en salud a las poblaciones indígenas ubicadas en regiones remotas que no cuentan con asistencia médica.

El alcance geográfico se limitó hasta donde el acceso a las áreas selváticas lo permitieron, cabe destacar que los equipos encuestadores constituidos por

estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo, requirieron de horas y días de navegación por vías fluviales hasta lograr el abordaje de esas poblaciones.

La delimitación geográfica de este estudio abarcó las regiones venezolanas con mayor presencia indígena, como son la Región de Guayana (Estados Amazonas y Bolívar), Región de los llanos (Estados Barinas y Apure) y la Región occidental (Estados Táchira y Zulia). Geovenezuela (2007). Esta extensión proporcionó una excelente cobertura de las etnias existentes en el país.

El período de preparación de esta investigación se inició en el año 2007 y el período de estudio fue de tres años, se inició el año 2008 y culminó en el año 2010, ambos inclusive. La población encuestada fue delimitada a un estrato de la población indígena constituida por sujetos capaces de comprender el horario o el uso del reloj y aptos para responder las preguntas de la encuesta.

### **Instrumento**

Los datos se obtuvieron a través de la aplicación del Índice de calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI). Este índice consiste en un cuestionario auto-administrado creado para valorar la calidad del sueño en el último mes anterior a su aplicación. El cuestionario consta de 24 preguntas, de las cuales 5 deben ser respondidas por el compañero de cuarto, las cuales no tienen puntuación alguna y 19 son respondidas por el encuestado. Rush (2010).

Las 19 preguntas se conjugan para constituir 7 componentes, cada uno de los cuales es calificado con una escala de puntuación que va de 0 a 3, pudiendo alcanzarse una puntuación global entre mínimo y máximo de 0 a 21 puntos. El punto de corte establecido es de 5 puntos. Donde una puntuación igual o menor a 5 puntos corresponde a buenos dormidores, y aquellos que superan los 6 puntos. como malos dormidores.

La consistencia interna de este cuestionario medida por el coeficiente de Cronbach es de 0.83, y tiene una sensibilidad del 86.5%. La versión utilizada en esta investigación fue la versión española traducida y adaptada por Royuela (1994 1997). La cual mantiene la misma consistencia interna, especificidad y sensibilidad que la original.

Los componentes que conforman el PSQI, son los siguientes:

COMPONENTE 1 (C1): Calidad subjetiva del sueño.

COMPONENTE 2 (C2): Latencia del sueño.

COMPONENTE 3 (C3): Duración del sueño.

COMPONENTE 4 (C4): Eficiencia habitual del sueño.

COMPONENTE 5 (C5): Perturbación extrínseca.

COMPONENTE 6 (C6): Uso de medicación hipnótica.

COMPONENTE 7 (C7): Disfunción diurna.

El instrumento utilizado se presenta en el Anexo con las adaptaciones lingüísticas siguientes: En la calificación de opinión de “Bastante mala” , podía ser interpretada como muy mala, ya que el vocablo “bastante” en Venezuela se interpreta como “Mucho” o “Muy”, por lo tanto se utilizó el vocablo equivalente de “Mala o Regular”. Por otra parte con la expresión: “Bastante buena” se presentaba la misma situación, de allí se sustituyera por el vocablo equivalente de “Buena”.

Para la aplicación del instrumento se contó con un equipo de encuestadores adecuadamente adiestrados y familiarizados con los objetivos de la encuesta, para su correcta administración. En algunos casos hubo la necesidad de utilizar intérpretes locales de lenguas indígenas. Cabe destacar que 184 encuestas fueron excluidas y no fueron procesadas por incumplir con los criterios de confiabilidad.

## Medición

Los datos recogidos en los cuestionarios del PSQI, se organizaron en tablas y gráficos para su respectivo análisis. Las variables estudiadas fueron: Sexo, Edad, Ocupación y Región Geográfica, seleccionadas sobre la base de la revisión Bibliográfica.

Primeramente se realizó el análisis de frecuencia de las variables y seguidamente se analizaron los datos obtenidos por cada uno de los siete componentes del PSQI para conocer el comportamiento de las variables ante cada componente. Se aplicó el paquete estadístico SPSS 11 (Pardo 2004), con el cual se obtuvieron los resultados que permitieron realizar los análisis descriptivos e inferencial en los criterios de clasificación.

Debido a la diversidad de los resultados obtenidos, dentro del análisis conjunto de variables categóricas, a través del manejo y uso de tablas de contingencia, se procedió a utilizar para la interpretación de los datos, los porcentajes de la distribución marginal. Basados en la teoría de probabilidades, que dice:

*“Dadas dos variables aleatorias juntas el  $X$  &  $Y$ , la distribución marginal de  $X$  es simplemente la ley de probabilidad de  $X$  haciendo caso omiso a la información referente a  $Y$ . Este tipo de cálculo ocurre cuando se considera el estudio de una tabla de contingencia o tablas de doble entrada.”*

Con esta distribución se pueden obtener porcentajes de las variables a estudiar de forma independiente sin necesidad de relacionarlas. Para este cálculo se utilizó el término **distribución o porcentaje marginal**.

El grado de relación existente entre dos variables categóricas no puede ser establecido solamente con observación de las frecuencias de las tablas de contingencia, ya que estas no pueden dar una conclusión definitiva, de tal manera



que se utilizaron otras medidas de asociación acompañadas de pruebas estadísticas de significación, tales como:

#### **Chi cuadrado:**

Esta prueba propuesta por Pearson (1911) permite contrastar la hipótesis de independencia en los dos criterios de clasificación utilizados en cada tabla. Su valor tenderá a cero (0), cuando las variables tiendan a ser independientes. Por lo tanto se utilizó esta prueba para establecer el grado de compatibilidad entre el valor del estadístico Chi cuadrado y las pruebas teóricas de independencia.

Si los datos son compatibles con la prueba de independencia, la probabilidad asociada al estadístico teórico Chi cuadrado será alta (mayor de 0.05). Si esta probabilidad es pequeña (menor a 0.05) se considerará que los datos son incompatibles para la prueba de independencia y se concluirá estadísticamente con un 95% de confianza que las variables estudiadas están correlacionadas.

#### **Coefficiente de Correlación:**

Esta medición complementa al test anterior para valorar la fuerza de asociación entre las variables estudiadas, cuantificando ese grado de relación disminuyendo el efecto del tamaño muestra. Para las variables nominales la correlación indica únicamente el grado de asociación existente entre ellas. Para variables ordinales, adicional al grado de asociación, habla de la dirección de la relación:

Una relación positiva indica que los valores altos de una variable se asocian con los valores altos de la otra, y los valores bajos de una con los bajos de la otra. Una relación negativa indica que los valores altos de una variable se asocian con los valores bajos de la otra y viceversa. Los valores cercanos a uno (1) indican que la relación es positiva y si se acerca a menos uno (-1) la relación es negativa. En el caso de que la correlación sea cercana a cero (0) indica que no existe un nivel de relación entre las variables.

Para variables nominales se usó la Correlación V de Cramer, y para las ordinales el coeficiente de correlación Gamma, según Runyon (1996).

Se calcularon los índices del PSQI por cada variable y así conocer la calidad del sueño en base al índice obtenido como buenos o malos dormidores según el género, la ocupación, los grupos etarios y por región geográfica. Finalmente se calculó el PSQI global de toda la población indígena encuestada.

### **CAPITULO III**

#### **RESULTADOS**

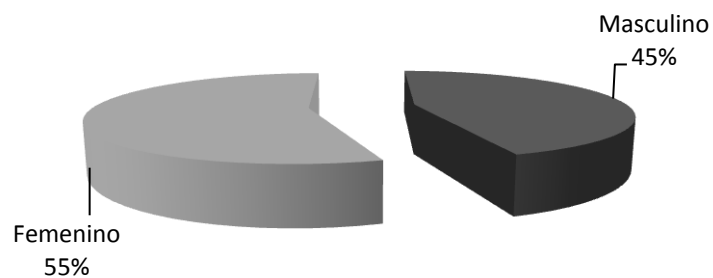
Los resultados de la aplicación del PSQI serán presentados de la siguiente manera:

- a) Evaluación descriptiva de la población indígena estudiada en relación con las variables propuestas.
- b) Resultados y análisis del comportamiento de los 7 componentes del PSQI por cada una de las variables propuestas.
- c) Finalmente contrastar los resultados con investigaciones internacionales.

Para la evaluación descriptiva de los datos se comenzó por conocer la población encuestada a través del análisis de frecuencia de las variables, es decir, que tipo de población se estaba estudiando en cuanto Género, Grupos Etarios, Ocupación y su distribución geográfica que para efectos del estudio, ésta última, fue delimitada como se muestra en el Gráfico N° 3.

#### **PRESENTACIÓN DESCRIPTIVA DE LOS DATOS DEMOGRÁFICOS**

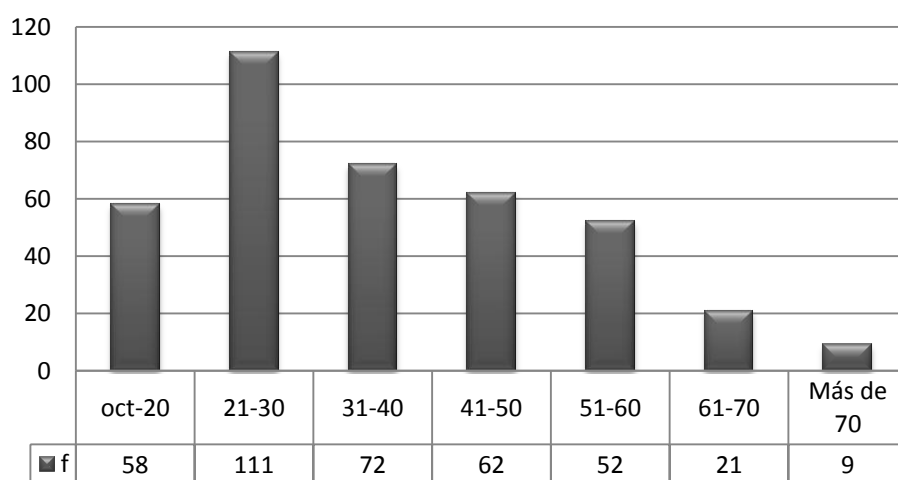
En el Gráfico N°3 se aprecia que la distribución por sexo de los pobladores presentó resultados bastante equilibrados. De los 385 encuestados, 171 (45%) correspondió al sexo Masculino, mientras 211 (55%) correspondió al sexo femenino.



**Gráfico N° 3**

Distribución de la población indígena encuestada según el sexo

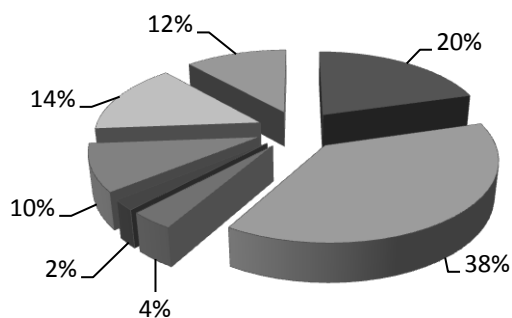
En el Gráfico N°4 se presentan los resultados de la distribución de la muestra según los grupos etarios, donde se evidencia que se trata de una población bastante joven, donde más del 60% de los individuos es menor de 40 años y de ellos casi el 30% se encuentra en el estrato de 21 a 30 años. Los porcentajes más bajos (7,7%) correspondieron a los adultos mayores.



**Gráfico N° 4**

Distribución de la Población Indígena encuestada según los grupos etarios

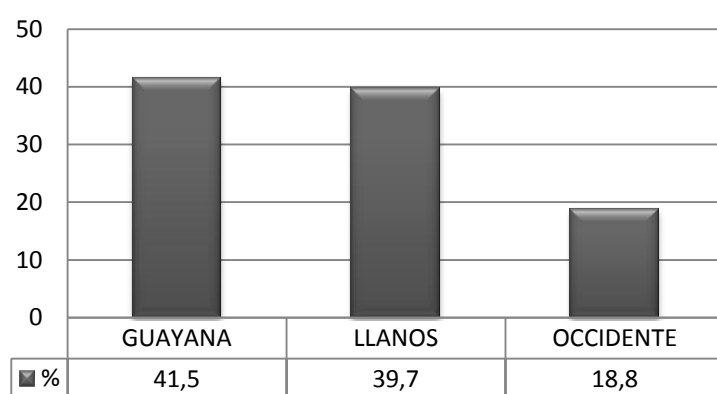
■ AGRICULTOR ■ AMA DE CASA ■ DOCENTE ■ ENFERMERA  
 ■ ESTUDIANTE ■ OBRERO ■ OTROS



**Gráfico N°5**

Distribución porcentual de la población indígena encuestada según la ocupación

En el Gráfico N° 5 Se aprecia que la ocupación más frecuente a la cual se dedica esta población la conforman las amas de casa (38%) , los agricultores (20%) y los obreros (14%), representando casi el 75% de toda la población indígena encuestada.



**Gráfico N° 6**

Distribución porcentual de la población indígena encuestada según la Región geográfica.

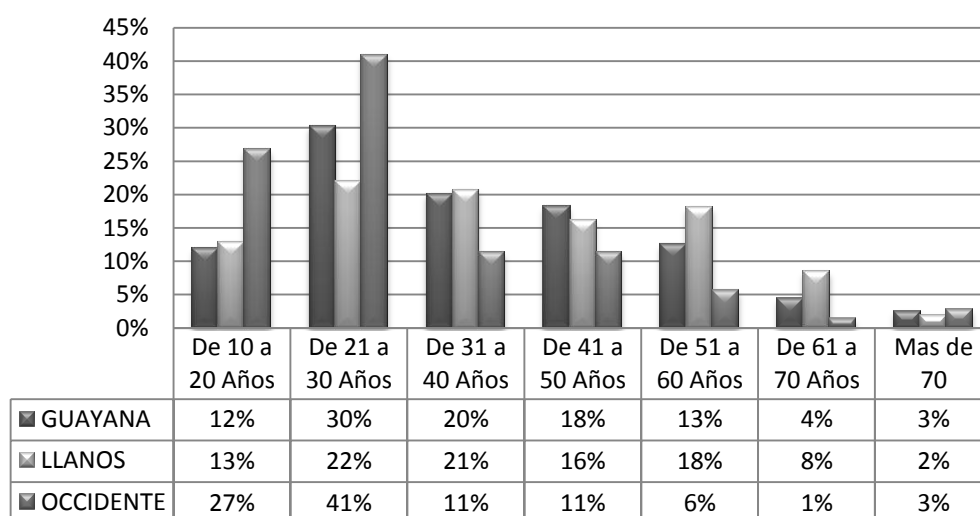
En el Gráfico N° 6 se puede distinguir que el 80% de las encuestas se lograron en las regiones (1 y 2) correspondientes a Guayana y los Llanos con 159 y 155 encuestados respectivamente. La región (1) fue visitada 3 veces (2008, 2009 y 2010), lo cual permitió encuestar a un mayor número de personas, la región 2 fue visitada 2 veces (2009 y 2010) mientras que la región (3) correspondiente a Occidente solo fue encuestada una vez (2010) donde se encuestaron 71 personas.

**Tabla N° 1**  
Distribución porcentual de la población indígena encuestada  
Según el sexo y las regiones geográficas que habita

<b>REGION GEOGRÁFICA</b>	<b>MASCULINO</b>	<b>%</b>	<b>FEMENINO</b>	<b>%</b>
(1) GUAYANA	58	15.2%	101	26.4%
(2) LLANOS	75	19.6%	79	20.7%
(3) OCCIDENTE	38	10.0%	31	8.1%
<b>TOTAL</b>	<b>171</b>	<b>44.8%</b>	<b>211</b>	<b>55.2%</b>

En la Tabla N° 1 se presenta la distribución de la población indígena encuestada según el sexo, cuyos porcentajes destacan que la mayor proporción de mujeres se presentó en la región de Guayana, donde casi duplicó a la población masculina, con una frecuencia de 101 personas, equivalente al 26,4% de la muestra con respecto a 58 hombres lo cual equivale a 15,2% de la misma muestra.

Se apreció una inversión de esa proporción en la región N° 3 donde la mayor frecuencia correspondió a 38 hombres con respecto a 31 mujeres representando un 10% y 8.1% respectivamente de la muestra de la Región de Occidente.



**Gráfico N° 7**  
Distribución porcentual de los grupos etarios de la población Indígena encuestada según la región geográfica que habitan

En el Gráfico N° 7, se hace evidente que en las tres regiones encuestadas, la población joven del grupo etario de 21 a 30 años supera de manera importante el resto de los grupos etarios, siendo la región de Occidente la que cuenta con mayor porcentaje de personas en ese grupo etario.

**Tabla N° 2**  
Distribución porcentual de la ocupación u oficio según la región geográfica de la población indígena encuestada

OCUPACIÓN	REGION GEOGRÁFICA						TOTAL	
	(1)		(2)		(3)			
	GUAYANA		LLANOS		OCCIDENTE		f	%
	f	%	F	%	f	%	f	%
AGRICULTOR	37	9.6%	32	5.3%	10	2.6%	79	20.5%
AMA DE CASA	72	18.7%	57	14.8%	17	4.4%	146	37.9%
DOCENTE	3	0.8%	3	0.8%	8	2.1%	14	3.6%
ENFERMERA	5	1.3%	1	0.3%	2	0.5%	8	2.1%
ESTUDIANTE	15	3.9%	4	1%	18	4.7%	37	9.6%
OBRERO	14	3.6%	32	8.3%	10	2.6%	56	14.5%
OTROS	13	3.4%	26	6.8%	6	1.6%	45	11.7%

En la tabla N°2 se destaca que en la región (1) Guayana, predomina la ocupación de amas de casa (18,7 %) de la muestra de la región seguida por la ocupación de agricultor (9,6%). En la región de los Llanos (2) ocurre algo similar en cuanto al predominio de las amas de casa (14,8%) mientras que le siguen los obreros (8,3%) muy cerca de las ocupaciones no clasificadas trabajadores a destajo y desempleados identificados como “Otros” (6,8%). Mientras que en la región de Occidente el predominio lo presentaron los estudiantes, coincidiendo con el hecho de que en esta región (68%) son personas menores de 30 años, y las amas de casa muy equilibrados ambos porcentajes con (4,7%) y (4,4%) respectivamente

## **RESUMEN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN INDIGENA ENCUESTADA**

Los Datos presentados, ponen de manifiesto las características de la población estudiada. En cuanto al sexo, se trata de una población en la cual el sexo femenino predomina en un (55%) con respecto al masculino y la región que cuenta con más mujeres es la de Guayana (1). Asimismo destaca que se trata de una población joven cuyo grupo etario predominante se encuentra entre los 20 a 30 años, haciendo énfasis en que la región que cuenta con el porcentaje más elevado en ese grupo etario es la de Occidente (3), en la cual predomina también la población estudiantil. En Guayana (1) la ocupación que con mayor frecuencia se presenta son las amas de casa con (45%) seguidas de los Agricultores (23%). Mientras que en la región de los Llanos (2) ocurre algo similar en cuanto al predominio de las amas de casa (14,8%) seguidas por los obreros (8,3%).



## **PRESENTACION DE LOS RESULTADOS DE LOS SIETE COMPONENTES DEL PSQI.**

Los siete componentes del Índice de calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI), cuyos resultados se analizan son los siguientes:

COMPONENTE 1 (C1): Calidad subjetiva del sueño.

COMPONENTE 2 (C2): Latencia del sueño.

COMPONENTE 3 (C3): Duración del sueño.

COMPONENTE 4 (C4): Eficiencia habitual del sueño.

COMPONENTE 5 (C5): Perturbación extrínseca.

COMPONENTE 6 (C6): Uso de medicación hipnótica.

COMPONENTE 7 (C7): Disfunción diurna.

Todos los componentes se analizaron, en relación a las cuatro variables estudiadas, como son: Género, Grupos etarios, Ocupación y Región geográfica. Las características del componente y el procedimiento seguido para el cálculo de cada uno de ellos se presentan al inicio del estudio de cada Componente.

A continuación se presentan los resultados obtenidos:

**PRESENTACION DE LOS RESULTADOS DEL COMPONENTE 1 (C1):**  
**Calidad subjetiva del sueño.**

La pregunta que se hizo fue: ¿Cómo calificaría la calidad del sueño que Ud. ha tenido durante el último mes? (Pregunta N° 9 del instrumento aplicado). Las alternativas de respuesta reciben una puntuación de 0 a 3 desde las calificaciones de: Muy Buena = 0 puntos, Buena = 1 punto, Mala = 2 puntos, Muy mala= 3 puntos. Los resultados se presentan a continuación:

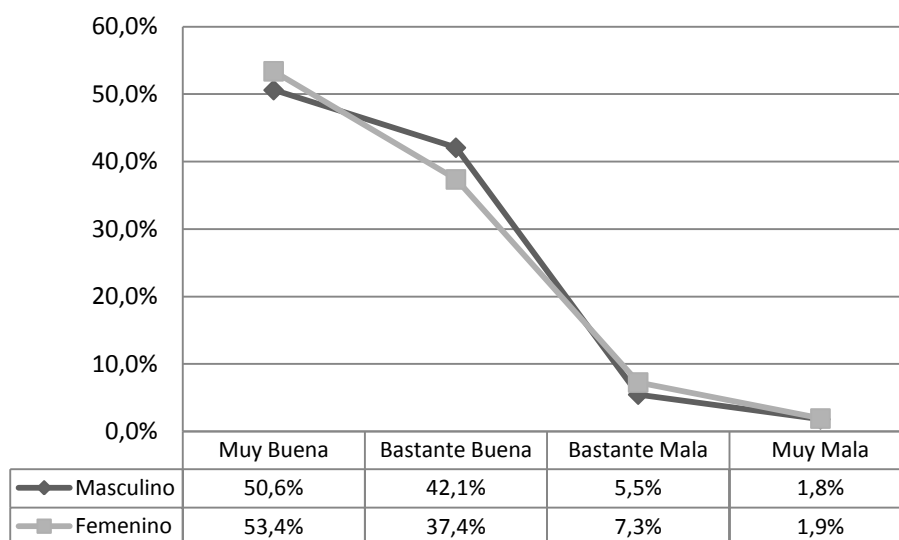
**Tabla N° 3**  
Distribución de la Puntuación obtenida por (C1) Calidad subjetiva del sueño según el Género de la población indígena encuestada

GENERO	SUB TOTALES		(C1) CALIDAD SUBJETIVA DEL SUEÑO							
			PUNTUACIÓN							
			0		1		2		3	
	f	%	Muy buena		Buena		Mala		Muy Mala	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
FEMENINO	206	55.6%	110	29.7%	77	20.8%	15	4.1%	4	1.1%
MASCULINO	164	44.8%	83	22.4%	69	18.6%	9	2.4%	3	0.8%
TOTAL	370	100%	193	52.1%	146	39.4%	24	6.5%	7	1.9%

En la Tabla N° 3 se aprecia que en relación a la variable Género, luce bastante equilibrada entre ambos géneros, quienes prevalecieron con una leve ventaja fueron las mujeres con la opinión de una calidad de sueño muy buena en un (30%), con respecto a los hombres (22,4%). En cuanto a la opinión de buena calidad del sueño los resultados son bastante equilibrados entre ambos géneros con predominio en las mujeres (21%) con respecto a (19%) para los hombres.

La opinión de mala calidad del sueño presentó diferencias con predominio siempre en el sexo femenino con (4%) duplicando la de los hombres de (2%) y nuevamente bastante equilibrada la opinión de muy mala con (1%) respectivamente. La prueba de Chi cuadrado arroja que ambas variables son

independientes con un 95% de confianza, ( $p=0,776 > 0,05$ ) no habiendo diferencia significativa en cuanto a la calidad subjetiva del sueño y el género.



**Gráfico N° 8**

Distribución marginal del (C1) Calidad subjetiva del sueño según el género.

En el Gráfico N° 8 se presentan los datos correspondientes a los porcentajes marginales de la población indígena encuestada del (C1) Calidad subjetiva del sueño según el género, y se aprecia que la tendencia de las opiniones fueron muy similares entre ambos sexos, apreciándose que una considerable mayoría por encima del 50% considera que su calidad del sueño es muy buena, mientras que la opinión de una calidad del sueño “buena”, se muestra sutilmente mayor en el sexo masculino con respecto al femenino.

Cabe destacar que se detecta un grupo de personas que difieren de esas opiniones considerando su calidad del sueño como bastante mala (13,8%) con un leve mayor porcentaje en las mujeres (7,3%) y (5,5%) en los hombres, y muy mala (2%) para ambos géneros muy paritaria.

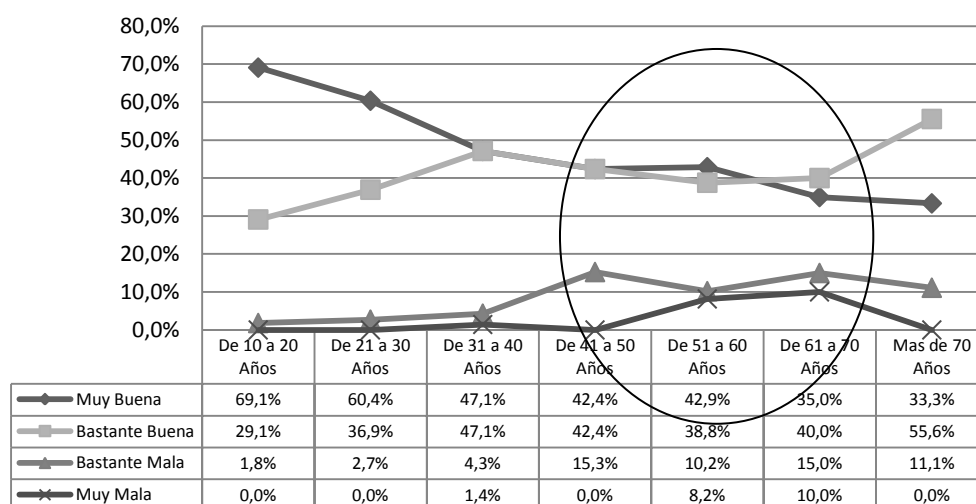
**Tabla N° 4**

Distribución de la puntuación obtenida por (C1) Calidad subjetiva del sueño según el grupo etario de la población indígena encuestada

GRUPO ETARIO	(C1) CALIDAD SUBJETIVA DEL SUEÑO									
	SUB TOTALES		PUNTUACIÓN							
			0		1		2		3	
	f	%	Muy buena		B Buena		B. Mala		Muy Mala	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
10- 20	55	15.1%	38	10.2%	16	4.3%	1	0.3%	-	
21-30	111	28.8%	67	18,0%	41	11.0%	3	0.8%	-	
31-40	70	18.7%	33	8.8%	33	8.8%	3	0.8%	1	0.3%
41-50	59	16.1%	25	6.7%	25	6.7%	9	2.4%	-	
51-60	49	13.5%	21	5.6%	19	5.1%	5	1.3%	4	1.1%
61-70	20	5.5%	7	1.9%	8	2.1%	3	0.8%	2	0.5%
71-80	9	2.2%	3	0.8%	5	1.3%	1	0.3%	-	
TOTAL	373	100%	194	52%	147	39.4%	25	6.7%	7	1.9%

En la Tabla N° 4 se aprecia que el grupo etario de menores de 21 a 30 años manifiesta el mayor porcentaje de opiniones de muy buena calidad del sueño se obtuvo en la población de menores de 40 años (37%) de éstos el grupo que prevaleció fue el de 21 a 30 años con (18%), mientras que en los grupos entre 41 y 70 años aparecen las opiniones de “Bastante mala” y “Muy mala” acumulándose un porcentaje de (7.9%) de la población general, quienes manifiestan estar descontenta con su calidad del sueño.

El Chi cuadrado arroja que existe relación entre los grupos etarios y la calidad del sueño con una confiabilidad del 95% ( $p=0,00 < 0,05$ ), mientras que el coeficiente Gamma de correlación indica la presencia de relación positiva y que a medida que aumenta la edad, aumenta la opinión desfavorable hacia la calidad del sueño. (Gamma=0,316,  $p= 0,00 < 0,05$ ). Esta diferencia significativa se enfatiza principalmente por los resultados obtenidos en la opinión “Muy Mala”.



**Gráfico N° 9**  
Distribución de los porcentajes marginales del  
Componente (C1) Calidad subjetiva del sueño según los grupos etarios de la  
población indígena encuestada

En el Gráfico N° 9 se presentan los porcentajes marginales del (C1) Calidad subjetiva del sueño según los grupos etarios, evidenciándose una tendencia a tener una mala o muy mala calidad del sueño entre las edades de 41 a 70 años, coincidiendo con los grupos minoritarios que se han detectado en las variables anteriormente analizadas, mientras que siguen prevaleciendo los altos porcentajes de opinión de “Muy buena” o “Buena” calidad del sueño en los grupos más jóvenes menores de 30 años.

En la Tabla N° 5 se presenta la distribución de frecuencia del (C1), según la ocupación u oficio de las personas encuestadas y se evidencia que más del 50% de la población general respondió la opción “Muy buena”, decreciendo el porcentaje en las opiniones desfavorables.

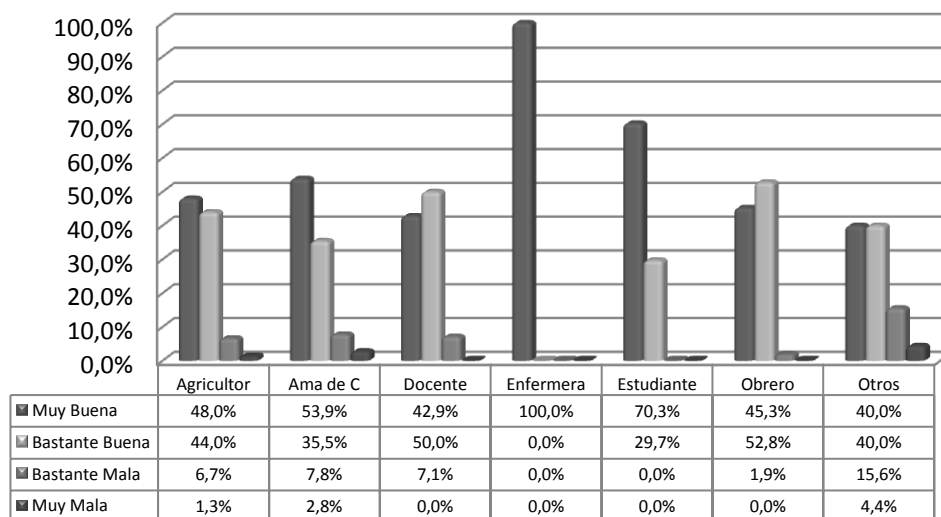
En cuanto a la ocupación se aprecia que las amas de casa, acumularon el mayor porcentaje de respuestas de “Muy Buena y Buena” en un (35%), pero también de opiniones desfavorables de “Mala o Muy mala” en (4%). Los Agricultores presentan igual distribución aunque en menores porcentajes (10%) para la opinión de “Muy Buena” y (9%) para “Bastante Buena” acumulando apenas (1,3%) de opiniones de “Bastante mala o Mala” calidad de sueño

Los Obreros por su parte con (14%) de frecuencia en opiniones favorables de “Muy Buena y Bastante Buena” se mantienen muy equilibrados con los Obreros con (10%), mientras que quienes muestran una opinión definitivamente de “Muy buena, sin opiniones desfavorables se encontraron en las enfermeras quienes representan el (2%) de la población encuestada y con opiniones desfavorables muy bajas o nulas le siguieron el resto de las ocupaciones

De tal manera que el (91,4%) respuestas se distribuyeron entre una calidad del sueño “Muy buena y Buena” predominando esta opinión en las amas de casa, quienes cubren el mayor número de ocupaciones.

**Tabla N° 5**  
Distribución de la Puntuación obtenida por (C1) calidad subjetiva del sueño según la ocupación de la población indígena encuestada

OCUPACION	SUB TOTALES		(C1) CALIDAD SUBJETIVA DEL SUEÑO PUNTUACIÓN							
			0		1		2		3	
	f	%	Muy buena		Buena		Mala		Muy Mala	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
AGRUCULTOR	75	20.2%	36	9.7%	33	8.8%	5	1.3%	1	0.3%
AMA DE CASA	141	38,2%	76	20.4%	50	13.4%	11	2.9%	4	1.1%
DOCENTE	14	3.7%	6	1.6%	7	1.8%	1	0.3%	-	-
ENFERMERA	8	2.1%	8	2.1%	-	-	-	-	-	-
ESTUDIANTE	37	9.7%	26	7.0%	11	2.9%	-	-	-	-
OBRERO	53	14.4%	24	6.4%	28	7.5%	1	0.3%	-	-
OTROS	45	11.8%	18	4.8%	18	4.8%	7	1.8%	2	0.6%
<b>TOTAL</b>	<b>373</b>	<b>100%</b>	<b>194</b>	<b>52.0%</b>	<b>147</b>	<b>39.4%</b>	<b>25</b>	<b>6.4%</b>	<b>7</b>	<b>1.9%</b>



**Gráfico N° 10**

Distribución de los porcentajes marginales del Componente 1 (C1) Calidad subjetiva del sueño según los grupos etarios de la población indígena encuestada

Analizando los porcentajes marginales que se presentan en el Gráfico N° 10 se aprecia que quienes tienen la mayor frecuencia de opinión de una “Muy buena” calidad del sueño dentro de su grupo son definitivamente las Enfermeras con (100%), seguidas por los Estudiantes (70,3%), las Amas de casa con el (54%) y los Agricultores (48%). Dentro del grupo de Obreros la opinión se inclina a “Buena” (53%) con un (45%) de opiniones de “Muy Buena”.

En cuanto a las opiniones desfavorables, se aprecia que dentro del grupo de indígenas que no tienen ocupación definida o fija, (20%) de ellos respondieron tener una calidad del sueño “Bastante mala o Mala”, esa misma opinión tuvieron el (10%) de las amas de casa y alrededor del 7% de los Agricultores y los Docentes.

La prueba del Chi cuadrado arroja que existe relación entre las ocupaciones y la calidad del sueño con una confiabilidad del 95%, ( $p=0,030 < 0,05$ ), mientras

que el coeficiente V de Cramer de correlación indica una relación medianamente importante entre ambas variables, (V de Cramer =0,166,  $p=0,030 < 0,05$ ). Esta diferencia significativa se enfatiza principalmente por los resultados obtenidos en las opiniones “Mala y Muy Mala”

**Tabla N° 6**

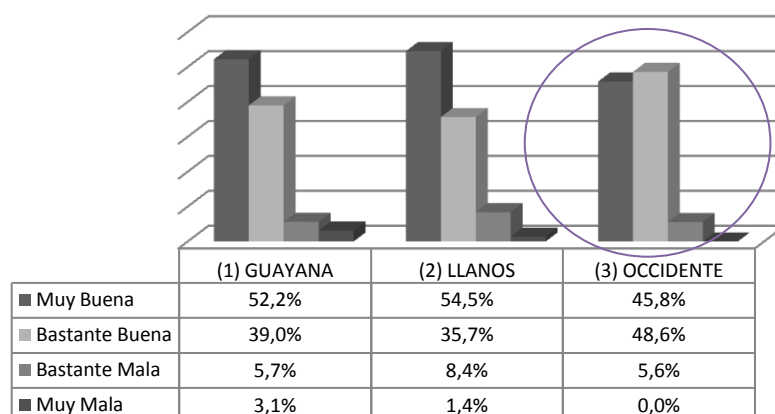
Distribución de la Puntuación obtenida por la Calidad subjetiva del sueño (C1), según la región geográfica de la población indígena encuestada

	(C1) CALIDAD SUBJETIVA DEL SUEÑO									
	SUB		PUNTUACIÓN							
	TOTALES		0		1		2		3	
	f	%	Muy buena		B Buena		B. Mala		Muy Mala	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
(1) GUAYANA	159	41.5%	83	22.2%	62	16.6%	9	2.4%	5	1.3%
(2) LLANOS	143	39.7%	78	20.9%	51	9.1%	12	3.2%	2	0.6%
(3) OCCIDENTE	72	18.8%	33	8.8%	35	9.3%	4	1.1%	0	
TOTAL	374	100%	194	51.9%	148	39.6%	25	6.7%	7	1.9%

En la Tabla N° 6 se presentan los datos relacionados con el (C1) de calidad subjetiva del sueño, según la región geográfica en la que habitan los encuestados y se evidencia que en líneas generales las respuestas favorables prevalecen en las tres regiones con un (91,5%) con respecto a (8%) de opiniones desfavorables, de manera proporcional al número de encuestados en cada región.

El Chi cuadrado arroja que no existe una relación entre las regiones geográficas y la calidad del sueño con una confiabilidad del 95%, ( $p=0,353>0,05$ ).





**Gráfico N° 11**  
Distribución porcentual marginal del Componente (C1)  
Calidad subjetiva del sueño según la región geográfica.

En el Gráfico N° 11 los porcentajes marginales del Componente (C1) de Calidad subjetiva del sueño, evidencian una tendencia ascendente en cuanto a la opinión de tener una “Muy buena” y “Bastante Buena” calidad del sueño ,a cual prevalece sobre las otras opiniones dentro de cada grupo, con una tendencia muy baja hacia opiniones de una “Bastante Mala” calidad del sueño a predominio de los habitantes de los Llanos (2) (8,4%) y de “Muy mala” en Guayana (1) del (3%) con ninguna en Occidente (3).

### **ANALISIS DE LOS RESULTADOS DEL COMPONENTE (C1)**

Haciendo un resumen del análisis de los datos obtenidos por las cuatro variables estudiadas en referencia al Componente (1) Calidad del sueño se puede apreciar que las opiniones favorables, fueron muy similares entre ambos sexos, con una considerable mayoría por encima del 50% respondió que su calidad del sueño es “Muy buena”.

En cuanto a los grupos etarios los altos porcentajes de opinión de “Muy buena o Bastante buena” calidad del sueño predominan en los grupos más

jóvenes menores de 30 años y a medida que aumenta la edad, entre 41 a 70 años aumenta la opinión desfavorable.

En cuanto a la ocupación que desempeñan las personas encuestadas, se evidencia que quienes tienen la opinión de una “Muy buena” calidad del sueño en mayor grado son las enfermeras con un porcentaje marginal del (100%), seguidas por los estudiantes (70,3%) y luego las amas de casa con el (54%). Los obreros opinan mayormente que su calidad del sueño es “Bastante buena”, seguida de “Muy buena” (45.3%) y una proporción similar refieren los docentes. Destacando que el (20%) de opiniones desfavorables correspondió al grupo de encuestados que no tienen ocupación definida o fija.

En cuanto a las regiones geográficas la opinión de “Muy buena” calidad del sueño prevalece sobre las otras opiniones dentro de las regiones geográficas sin mayores diferencias, con muy bajos porcentajes de opiniones desfavorables especialmente en la región de Occidente donde no hubo respuestas de muy mala calidad del sueño entre sus habitantes.

## **PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL COMPONENTE 2 (C2): Latencia del sueño.**

Este componente se calcula sumando el tiempo que la persona cree que tarda en dormirse, y el número de veces que no ha podido conciliar el sueño durante la primera media hora de estar acostado. La pregunta que se formuló fue la N°2 del cuestionario: ¿Cuánto tiempo tarda en dormirse cada noche, en minutos?

Las alternativas de respuesta que se le ofrecieron fueron: menor o igual a 15 minutos = 0 puntos, de 16 a 30 minutos = 1 punto, de 31 a 60 minutos = 2 puntos y más de 60 minutos = 3 puntos. Los resultados se presentan a continuación:

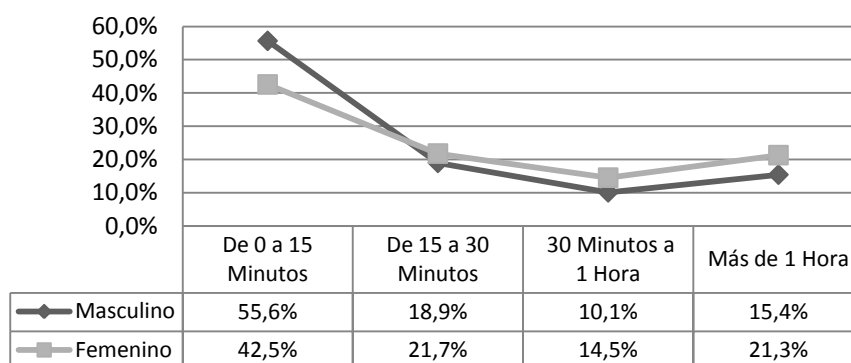
**Tabla N° 7**

Distribución porcentual de la Puntuación obtenida por el Componente (C2) latencia del sueño según el género de la población indígena encuestada

GENERO	SUB TOTALES		(C2) LATENCIA DEL SUEÑO PUNTUACIÓN							
			0		1		2		3	
			≤ 15 min		>15 a 30 min		>30 a 60 min		>60 min.	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
FEMENINO	207	55.2%	88	23.4%	45	12%	30	8%	44	11.7%
MASCULINO	169	44.8%	94	25.5%	32	8.5%	17	4.5%	26	6.9%
TOTAL	376	100%	182	48.9%	77	20.5%	47	12.5%	70	18.6%

En la Tabla N° 7 se presentan los resultados del Componente (C2) latencia del sueño según la variable Género, en la cual es evidente el elevado porcentaje que se obtuvo el poder conciliar el sueño en ≤15 minutos en ambos géneros, casi un (50%) de la población, apreciándose una ligera elevación en los 94 hombres (25.5%) con respecto a 88 mujeres (23.4%).

Cabe destacar que se encontró (19%) de encuestados requirieron más de 1 hora para conciliar el sueño con un predominio de (11,7%) de la población general con respecto al (7%) de los hombres.



**Gráfico N° 12**

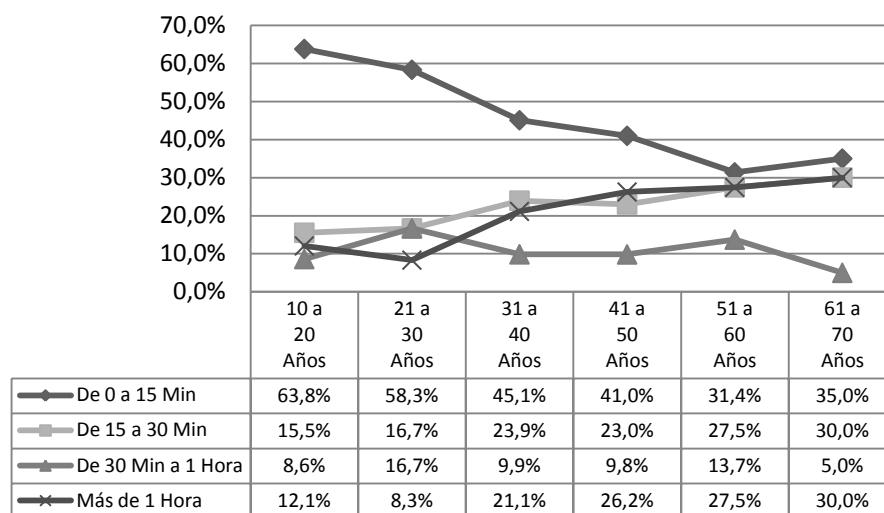
Distribución porcentual marginal del Componente (C2)  
Latencia del sueño según el género de la población indígena encuestada

Analizando el porcentaje marginal del Gráfico N° 12 se aprecia que dentro del género femenino (43%) concilian el sueño en  $\leq 15$  minutos y más de la mitad de los hombres (56%) coinciden en ello. El (21,3%) del grupo de las mujeres, respondieron requerir más de 60 minutos para conciliar el sueño, y dentro del género masculino (15,4)% de ellos. El Chi cuadrado arroja que no existe una relación entre el género y la latencia del sueño con una confiabilidad del 95%, ( $p=0,077>0,05$ ).

Según los grupos etarios el Componente 2 de latencia del sueño (C2) obtuvo los resultados que se presentan en la Tabla N°8. En esta se aprecia que (48,4%) de la población general refiere conciliar el sueño en menos de 15 minutos, con una mayor frecuencia en el grupo de menores de 30 años y solo el (21%) demora hasta media hora con mayor incidencia en el grupo etario de 21 a 40 años y un porcentaje muy cercano a este (19%) requieren de más de 1 hora para conciliar el sueño, ocurriendo con más frecuencia entre los sujetos incluidos en los grupos etarios de 31 a 60 años.

**Tabla N° 8**  
Distribución porcentual de la Puntuación obtenida por el Componente latencia del sueño por grupos etarios de la población indígena encuestada

GRUPO ETARIO	(C2) LATENCIA DEL SUEÑO PUNTUACIÓN									
	SUB TOTALES		0		1		2		3	
			$\leq 15$ min		$>15$ a 30 min		$>30$ a 60 min		$>60$ min.	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
10-20	58	15.1%	37	9.8%	9	2.4%	5	1.3%	7	1.9%
21-30	108	28.8%	63	16.7%	18	4.8%	18	4.8%	9	2.4%
31-40	71	18.7%	32	8.5%	17	4.5%	7	1.9%	15	4%
41-50	61	16.1%	25	6.6%	14	3.7%	6	1.6%	16	4.2%
51-60	51	13.5%	16	4.2%	14	3.7 %	7	1.9%	14	3.7%
61-70	20	5.5%	7	1.9%	6	1.6%	1	0.3%	6	1.6%
70 -80	9	2.2%	3	0.8%	-		3	0.8%	3	0.8%
TOTAL	378	100%	183	48.4%	78	20.6%	47	12.4%	70	18.6%



**Gráfico N° 13**

Distribución porcentual marginal de la puntuación obtenida por el Componente (C2) de latencia del sueño según los grupos etarios de la población indígena encuestada

En el Gráfico N°13 se aprecia que la tendencia decreciente en los sujetos más jóvenes (64%) entre los 10 y 20 años que concilian el sueño en menos de 15 minutos, hasta (31,4%) en los mayores de 50 años. La evolución de la latencia del sueño correspondiente a 0 puntos ( $\leq 15$  minutos en conciliar el sueño) se aprecia una tendencia decreciente a medida que avanza la edad mientras que el tiempo de latencia tiende a aumentar con la edad especialmente entre los 40 y 60 años. El grupo de 61 a 70 años se caracteriza por opiniones bastante dispersas.

El Chi cuadrado arroja que existe relación entre los grupos etarios y la latencia del sueño con una confiabilidad del 95% ( $p=0,005 < 0,05$ ), mientras que el coeficiente Gamma de correlación indica la presencia de relación positiva y que a medida que aumenta la edad, aumenta el índice de latencia del sueño. (Gamma=0,259,  $p= 0,00 < 0,05$ ).

Los resultados del Componente (2) latencia del sueño relacionados con la ocupación de las personas encuestadas se presenta en la Tabla N° 9, donde la frecuencia de la población que concilian el sueño en  $\leq 15$  min se presentó (46,4%). De los cuales (11%) correspondió a los Agricultores, seguidos por los obreros (8%) y los trabajadores no clasificados (8%), y los estudiantes (7%).

Mientras que las enfermeras todas ellas concilian el sueño en menos o igual a 15 minutos. Quienes demoran en conciliar el sueño  $\geq 1$  hora son las amas de casa en (10%), seguidas por los docentes.

**Tabla N° 9**

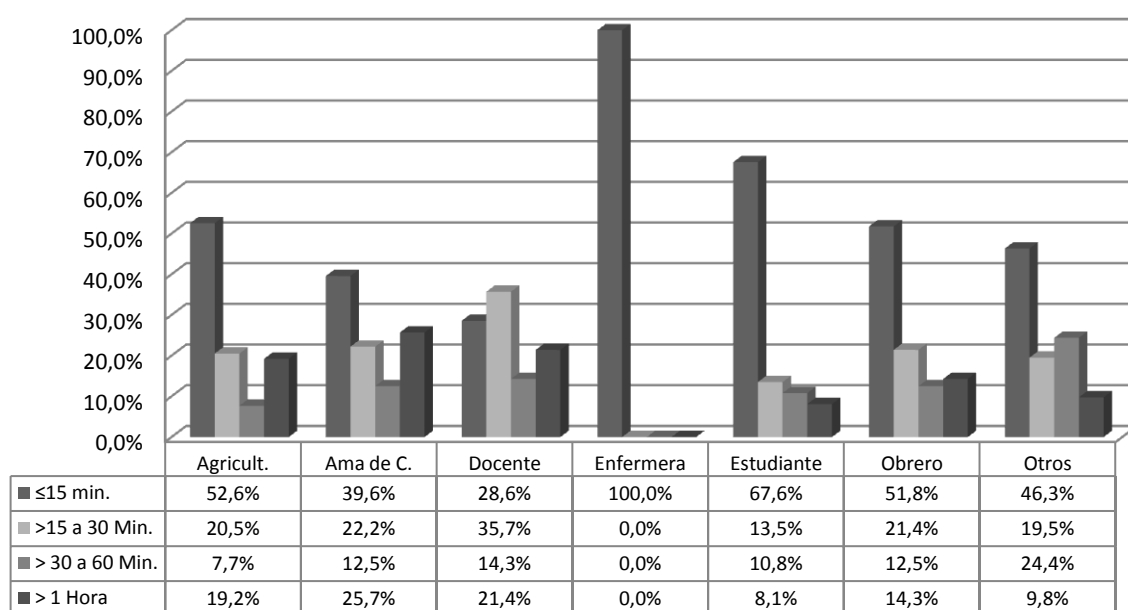
Distribución porcentual de la Puntuación obtenida por el Componente latencia del sueño (C2) según la ocupación de la población indígena encuestada

OCUPACIÓN	SUB TOTALES		(C2) LATENCIA DEL SUEÑO PUNTUACIÓN							
			0		1		2		3	
			$\leq 15$ min		$>15$ a 30 min		$>30$ a 60 min		$>60$ min.	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
AGRICULTOR	78	20.2%	41	10.8%	16	4.2%	6	1.6%	6	1.6%
AMA DE CASA	144	38,2%	57	5.1%	32	8.5%	18	4.8%	37	9.8%
DOCENTE	14	3.7%	4	1.1%	5	1.4%	2	0.6%	3	0.8%
ENFERMERA	8	2.1%	8	2.1%	-	-	-	-	-	-
ESTUDIANTE	37	9.7%	25	6.6%	5	1.4%	4	1.1%	3	0.8%
OBRERO	56	14.4%	29	7.7%	12	3.2%	7	1.9%	8	2.1%
OTROS	41	11.8%	19	7.7%	8	2.1%	10	2.6%	4	1.1%
TOTAL	378	100%	183	48.4%	78	20.6%	47	12.4%	70	18.6%

En el Gráfico N° 14 es evidente la tendencia dentro de todas las categorías al predominio de una corta latencia del sueño de  $\leq 15$  min, a excepción de los docentes en cuyo grupo predominan aquellos que concilian el sueño entre 15 y 30 minutos. Las Enfermeras en su totalidad refieren dormirse en  $\leq 15$  minutos, En las amas de casa existe el mayor porcentaje (26%) que refieren requerir más de 1 hora para dormirse, seguida por los docentes (19%) y los agricultores (14%). Las

otras profesiones reflejan un (24%) de personas que requieren entre 30 minutos y 1 hora para conciliar el sueño.

El Chi cuadrado arroja que existe una relación entre las ocupaciones y la latencia del sueño con una confiabilidad del 95%, ( $p=0,018 < 0,05$ ), mientras que el coeficiente V de Cramer de correlación indica una relación medianamente importante entre ambas variables, ( $V$  de Cramer =0,17,  $p=0,018 < 0,05$ ).



**Gráfico N° 14**

Distribución porcentual Marginal del Componente 2 (C2) Latencia del sueño según la ocupación u oficio que desempeña la población indígena encuestada

En la Tabla N° 10 se presenta la distribución de frecuencia por región geográfica del (C2) Latencia del sueño y se evidencia que casi el 50% de la población indígena encuestada respondió que requiere  $\leq 15$  minutos para dormirse, donde la región de Guayana (1) superó a las otras regiones con en esa variable con (22%). Se detecta asimismo, que (19%) de la población respondió requerir  $\geq 1$

hora para conciliar el sueño, siendo la región de Guayana (10%) donde sus habitantes requieren  $\geq 1$  hora para dormirse superando a las otras dos regiones.

**Tabla N° 10**

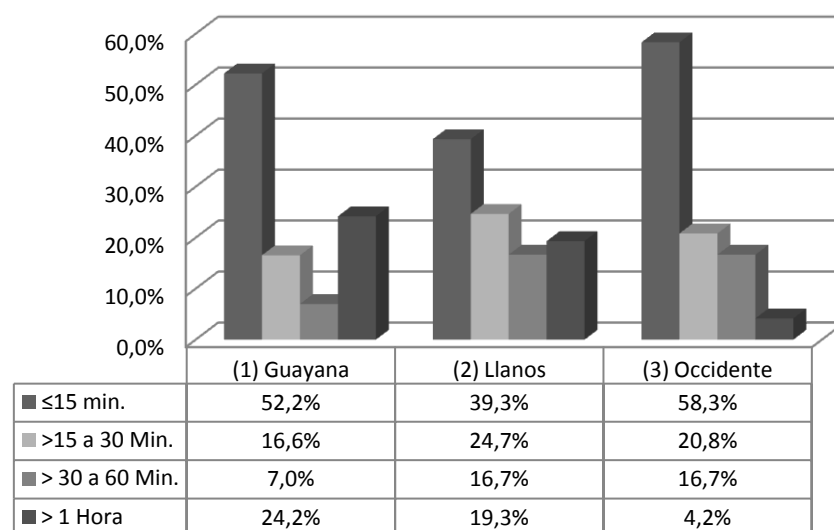
Distribución porcentual de la Puntuación obtenida por el Componente latencia del sueño (C2) según la región geográfica de la población indígena encuestada

REGION GEOGRAFICA	SUB TOTALES		(C2) LATENCIA DEL SUEÑO PUNTUACIÓN							
			0		1		2		3	
			$\leq 15$ min		$>15$ a 30 min		$>30$ a 60 min		$>60$ min.	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
(1)GUAYANA	157	41.5%	82	21.6%	26	6.9%	11	2.9%	38	10%
(2)LLANOS	150	39.7%	59	15.6%	37	9.8%	25	6.6%	29	7.7%
(3)OCCIDENTE	72	18.8%	42	11.1%	15	3.9%	12	3.2%	3	0.8%
TOTAL	379	100%	183	48.4%	78	20.6%	47	12.4%	70	18.6%

En el Gráfico N° 15 se evidencia que dentro de los habitantes de la región de Occidente (3) manifestaron el mayor porcentaje (58%) de respuestas que concilian el sueño en  $\leq 15$  minutos, seguida por la región Guayana (1) con (52%) y en esta misma región (24%) tardan en conciliar el sueño  $\geq 1$  hora. La tendencia es a una corta latencia del sueño en todas las regiones.

El Chi cuadrado arroja que existe una relación entre las regiones geográficas y la latencia del sueño con una confiabilidad del 95%, ( $p=0,000 < 0,05$ ), mientras que el coeficiente V de Cramer de correlación indica una relación medianamente importante entre ambas variables, (V de Cramer =0,18,  $p=0,000 < 0,05$ ).





**Gráfico N° 15**

Distribución porcentual marginal del Componente 2 (C2) Latencia del sueño según la región geográfica que habita la población indígena encuestada

## ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DEL COMPONENTE (C2)

En cuanto al comportamiento de los datos del Componente (C2) Latencia del sueño, es evidente el elevado porcentaje que se obtuvo para la puntuación de 0 correspondiente a poder conciliar el sueño  $\leq 15$  minutos en ambos géneros de casi un (50%) de la población general. Dentro del grupo masculino el (56%) concilia el sueño en  $\leq 15$  min. Dentro del grupo femenino concilian el sueño en ese tiempo (42%) de las mujeres.

Pero cabe resaltar también, que el (21,3%) del grupo de las mujeres, respondieron requerir  $\geq 60$  minutos para conciliar el sueño, y dentro del género masculino presentan esta modalidad el (15,4)% de ellos. El Chi cuadrado arroja que no existe una relación entre el género y la calidad del sueño con una confiabilidad del 95%, ( $p=0,077>0,05$ ).

En cuanto a la edad se aprecia en líneas generales que en (48,4%) de la población general refiere conciliar el sueño en  $\leq 15$  minutos, solo (21%) demora hasta media hora y un porcentaje muy cercano a este, (19%) requieren  $>1$  hora para conciliar el sueño, ocurriendo con más frecuencia entre los sujetos incluidos en los grupos etarios de 31 a 60 años.

El mayor porcentaje (64%) de sujetos entre los 10 y 20 años concilian el sueño en  $\leq 15$  minutos, y el (58%) se correspondió con el grupo etario de 21 a 30 años, mientras que el (20,6%) lo hacen en  $< 30$  minutos. Datos que se corresponden con una población joven. Mientras que en  $\leq 15$  minutos para conciliar el sueño, presenta una tendencia decreciente a medida que avanza la edad, las restantes mediciones, tiende a aumentar moderadamente con la edad.

El Chi cuadrado arroja que existe relación entre los grupos etarios y la latencia del sueño con una confiabilidad del 95% ( $p=0,005 < 0,05$ ) y el coeficiente Gamma de correlación indica la presencia de relación positiva y que a medida que aumenta la edad, aumenta el índice de latencia del sueño. (Gamma=0,259,  $p= 0,00 < 0,05$ ).

En cuanto a la variable ocupación, se evidencia que las Enfermeras en su totalidad refieren dormirse en  $\leq 15$  minutos, modalidad que predomina en todas las ocupaciones a excepción de los docentes en cuyo grupo predominan aquellos que concilian el sueño entre 15 y 30 minutos. Las amas de casa presentan el mayor porcentaje en requerir más de 1 hora para dormirse. El grupo de otros, obtuvo (24%) que requieren entre 30 minutos y 1 hora para conciliar el sueño.

El Chi cuadrado arroja que existe una relación entre las ocupaciones y la latencia del sueño con una confiabilidad del 95%, ( $p=0,018 < 0,05$ ), y que el coeficiente V de Cramer de correlación indica una relación medianamente importante entre ambas variables, (V de Cramer =0,17,  $p=0,018 < 0,05$ ).

En cuanto a la ubicación geográfica que habitan, las regiones Guayana (1) y Occidente (3), fueron los grupos que en más del (50%) refirieron conciliar el

sueño en  $\leq 15$  minutos, (50%) y (60%) respectivamente. Mientras que (24%) de los habitantes de la región Guayana (1) respondieron que tardan en conciliar el sueño más de 1 hora.

El Chi cuadrado arroja que existe una relación entre las regiones geográficas y la latencia del sueño con una confiabilidad del 95%, ( $p=0,000 < 0,05$ ), mientras que el coeficiente V de Cramer de correlación indica una relación medianamente importante entre ambas variables, (V de Cramer =0,18,  $p=0,000 < 0,05$ ).

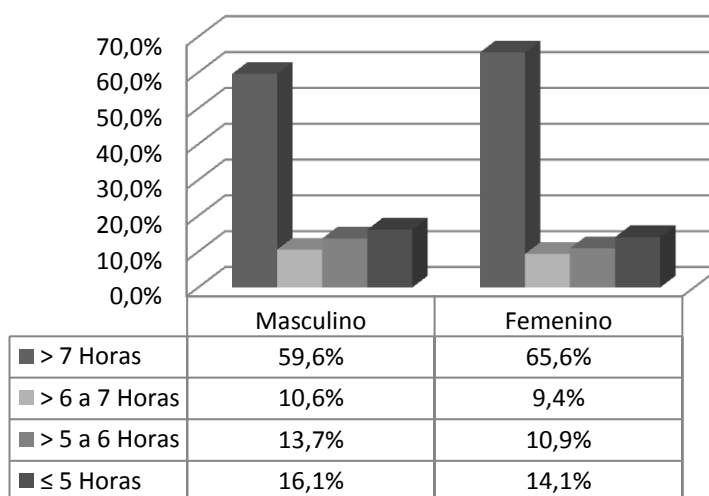
### **PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL COMPONENTE 3 (C3): Duración del sueño.**

Este componente muestra el número de horas que la persona cree dormir. La pregunta que se hizo fue la N° (3) del cuestionario: ¿Cuántas horas cree haber dormido?, en horas. Las alternativas de respuesta que se ofrecieron fueron:  $> 7$  horas = 0 puntos;  $>6$  a 7 horas = 1 punto;  $>5$  a 6 horas = 2 puntos,  $\leq 5$  horas = 3 puntos.

**Tabla N° 11**  
Distribución porcentual de la Puntuación obtenida por el  
Componente (C3) Duración del sueño según el género  
de la población indígena encuestada

GENERO	SUB TOTALES		C3 DURACIÓN DEL SUEÑO PUNTUACIÓN							
			0 >7H		1 >6-7H		2 >5-6H		3 $\leq 5H$	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
FEMENINO	192	54,4%	126	35.7%	18	5.1%	21	5.9%	27	7.6%
MASCULINO	161	45,6%	96	27.2%	17	4.8%	22	6.2%	26	7.4%
TOTAL	353	100%	222	62.9%	35	9.9%	43	12.1%	53	15%

En la Tabla N° 11 se aprecia una clara mayoría de la población que duerme  $> 7$  horas (63%), de los cuales el mayor porcentaje correspondió al género femenino (35,6%), mientras que para al género masculino correspondió (27%). Asimismo (15 %) de la población duerme  $\leq 5$  horas con porcentajes muy paritarios entre ambos sexos de (7,6%) para las mujeres y (7,4%) para los hombres.



**Gráfico N° 16**

Distribución porcentual marginal del Componente (C3) de Duración del sueño según el género de la población indígena encuestada

Los porcentajes marginales del (C3) correspondiente a Duración del sueño según el género, se muestran en el Gráfico N°16, donde se evidencia que el dormir  $> 7$  horas prevalece en (66%) dentro de la población femenina y con un porcentaje bastante cercano, aparece la misma respuesta en (60%) de la población masculina.

Se destaca que en las puntuaciones intermedias hay un valle de descenso de los porcentajes, elevándose hasta un (16%) en la duración del sueño de  $\leq 5$  horas en el sexo masculino con respecto a un (14 %) en el grupo femenino. El Chi cuadrado arroja que no existe una relación entre el género y la duración del sueño con una confiabilidad del 95%, ( $p=0,702>0,05$ ).

La Duración del sueño relacionada con los grupos etarios en la población general encuestada, se presenta en la Tabla N° 12, en la cual se aprecia que la puntuación de duración del sueño de >7 horas recoge la mayoría de las respuestas (63%), correspondiendo el porcentaje más elevado (20%) al grupo etario de 21 a 30 años.

Asimismo se evidencia que por debajo de los 40 años prevalece la duración del sueño de >7 horas. Mientras que a medida que se aumenta en edad predominan duraciones del sueño más cortas en 35% de esos grupos etarios, correspondiendo 15% de ellos a  $\leq 5$  horas.

**Tabla N° 12**

Distribución porcentual de la Puntuación obtenida por el Componente (C3)  
Duración del sueño, según los grupos etarios de la población indígena encuestada

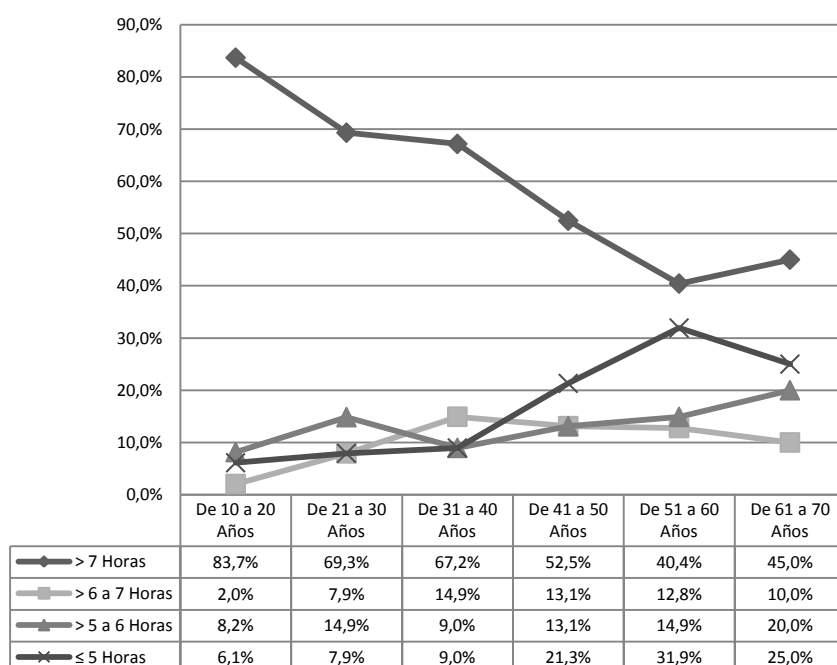
GRUPO ETARIO	SUB TOTALES		C3 DURACIÓN DEL SUEÑO PUNTUACIÓN							
			0		1		2		3	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
10 -20	49	13,8%	41	11.6%	1	0.3%	4	1.1%	3	0.8%
21-30	101	28.5%	70	19.8%	8	2.3%	15	4.2%	8	2.3%
31-40	67	18.9%	45	12.7%	10	2.8%	6	1.7%	6	1.7%
41-50	61	17,2%	32	9%	8	2.3%	8	2.3%	13	3.7%
51-60	47	13.3%	19	5.4%	6	1.7%	7	2%	15	4.2%
61-70	20	5.6%	9	2.5%	2	0.6%	4	1.1%	5	1.4%
70 -80	9	2.5%	6	1.7%	0		0		3	0.8%
TOTAL	354	100%	222	62.9%	35	9.9%	43	12.1%	53	15%

En el Gráfico N° 17 se presentan los porcentajes marginales de la duración del sueño según la edad y se aprecia las tendencias de la duración del sueño dentro de cada uno de los grupos etarios y se evidencia que de 10 a 20 años (84 %) de los sujetos dicen dormir >7 horas. Se evidencia un descenso progresivo de la duración del sueño a medida que avanza la edad entre los 41 a 60 años.

En el grupo de los mayores de 61 años se presenta una tendencia a incrementarse nuevamente hasta (45%). También resulta importante destacar que

aquellos que duermen menos de 5 horas representan (15%) , pero es en el grupo entre 51 y 60 años es donde se recoge la opinión más elevada (32%) dentro de ese grupo etario.

El Chi cuadrado arroja que existe relación entre los grupos etarios y la duración del sueño con una confiabilidad del 95% ( $p=0,001 < 0,05$ ) y el coeficiente Gamma de correlación indica la presencia de relación positiva y que a medida que aumenta la edad, se incrementan los sujetos que duermen menos horas. (Gamma=0,330,  $p= 0,00 < 0,05$ ).



**Gráfico N° 17**

Distribución porcentual marginal del Componente 3(C3) Duración del sueño según los grupos etario de la población indígena encuestada

En la Tabla N° 13 se aprecian los datos obtenidos por el Componente (C3) en la población general según la ocupación u oficio que desempeñan, donde se aprecia que la duración del sueño de >7 horas prevalece en un (63%), predominando las amas de casa (25%), seguidas por los Agricultores (12%), luego

los Obreros (10%) y los estudiantes (7%). Las enfermeras casi en su totalidad están en esta categoría, excepto 1 persona que refirió dormir  $\leq 5$  horas.

En (22%) de la población duerme entre 5 y 7 horas y existe un grupo 15% que duerme  $\leq 5$  horas donde predominan las amas de casa (5%) seguidas por los trabajadores no clasificados (3%).

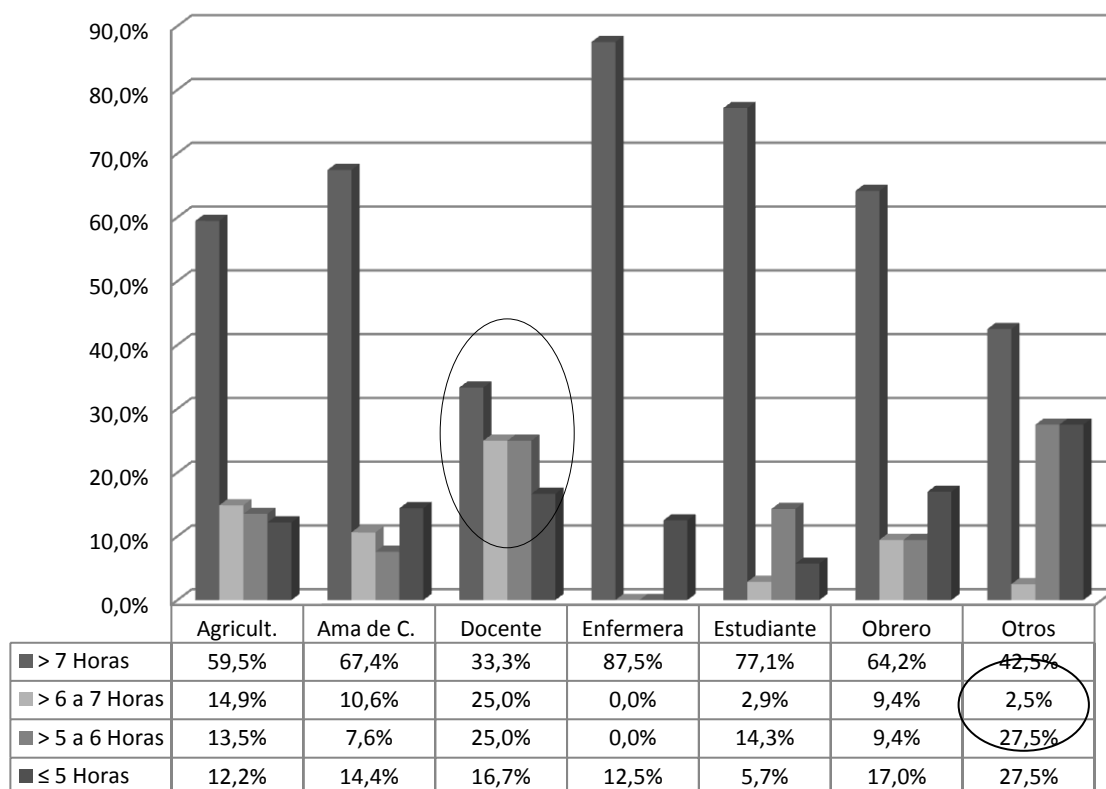
**Tabla N° 13**  
Distribución porcentual de la Puntuación obtenida por el  
Componente (C3) Duración del sueño  
según la ocupación de la población indígena encuestada

OCUPACIÓN	SUB TOTALES		C3 DURACIÓN DEL SUEÑO							
			0 >7H		1 >6-7H		2 >5-6H		3 $\leq 5H$	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
AGRUCULTOR	74	20.9%	44	12.4%	11	3.1%	10	2.8%	9	2.5%
AMA DE CASA	132	37,3%	89	25.1%	14	4.0%	10	2.8%	19	5.4%
DOCENTE	12	3.4%	4	1.1%	3	0.8%	3	0.8%	2	0.6%
ENFERMERA	8	2.3%	7	1.8%	-	-	-	-	1	0.3%
ESTUDIANTE	35	9.9%	27	7.6%	1	0.3%	5	1.4%	2	0.6%
OBRERO	53	15,0%	34	9.6%	5	1.4%	5	1.4%	9	2.5%
OTROS	40	11.3%	17	4.8%	1	0.3%	11	3.1%	11	3.1%
TOTAL	354	100%	222	62,7%	35	9,9%	44	12.4%	53	15,0%

En el Gráfico N° 18 se evidencia la alta incidencia que tiene la respuesta de duración del sueño de  $>7$  horas en todas y cada una de las ocupaciones, destacándose las enfermeras con (89%) y los estudiantes (77%) , seguidos por el (67%) de las amas de casa. Cabe destacar que entre los no clasificados (otros), la mayoría (55%) refieren dormir entre 5 y 6 horas solamente. Mientras que el restante (42%) duermen  $>7$  horas.

Por otra parte, el Chi cuadrado arroja que existe una relación entre las ocupaciones y la duración del sueño con una confiabilidad del 95%, ( $p=0,007 < 0,05$ ), mientras que el coeficiente V de Cramer de correlación indica una relación

medianamente importante entre ambas variables, (V de Cramer =0,184,  $p=0,007 < 0,05$ ).



**Gráfico N° 18**  
Distribución porcentual marginal del Componente (C3)  
Duración del sueño según la ocupación de la  
población indígena encuestada

En la Tabla N° 14 se evidencia que la mayor frecuencia de respuestas (63%) correspondió a la alternativa de duración del sueño >7 horas en todas las regiones, correspondiendo a la región de Guayana (1) el mayor porcentaje (31%), seguido por los Llanos (20%) y Occidente con (10%) .



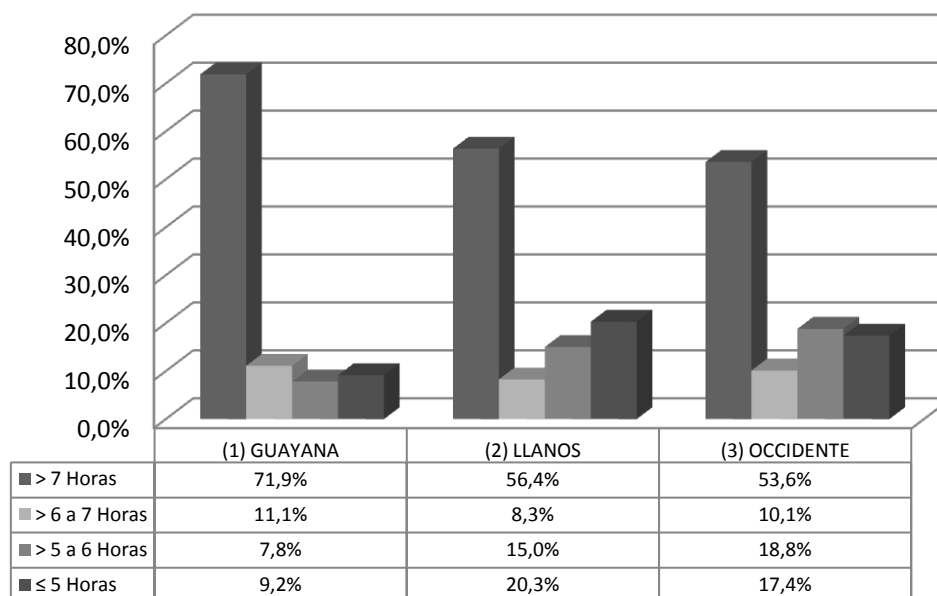
**Tabla N° 14**  
Distribución porcentual de la Puntuación obtenida por el  
Componente (C3) Duración del sueño según la  
región geográfica que habita la población indígena encuestada

REGION GEOGRÁFICA	SUB TOTALES		C3 DURACIÓN DEL SUEÑO							
			0		1		2		3	
			>7H		>6-7H		>5-6H		≤ 5H	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
(1) GUAYANA	153	41.5%	110	31%	17	4.8%	12	3.4%	14	3.9%
(2) LLANOS	133	33.4%	75	20.1%	11	3.1%	20	5.6%	27	4.6%
(3) OCCIDENTE	69	26.7%	37	10.5%	7	9.1%	13	3.7%	12	3.4%
TOTAL	355	100%	222	62.7%	35	9.9%	45	12.7%	53	15%

En la distribución marginal mostrada en el Gráfico N° 19 se aprecia una mayor tendencia a dormir > 7 horas en los habitantes de la región (1) Guayana donde se obtuvo (72%) de esa respuesta. En la región (2) los Llanos y la región (3) Occidente tuvieron porcentajes similares entre sí (56%) y (54%) respectivamente.

Cabe destacar que la duración del sueño entre 5 y 6 horas la región que tuvo mayores porcentajes dentro de sus pobladores fue la región (3) de Occidente. Mientras que la región (2) de los llanos recogió la respuesta de duración del sueño de ≤5 horas en el (20%) de sus pobladores.

El Chi cuadrado arroja que existe una relación entre las regiones geográficas y el componente (C3) de duración del sueño, con una confiabilidad del 95%, ( $p=0,013 < 0,05$ ), mientras que el coeficiente V de Cramer de correlación indica una relación medianamente importante entre ambas variables, ( $V \text{ de Cramer} = 0,151, p=0,013 < 0,05$ ).



**Gráfico N° 19**

Distribución porcentual marginal del Componente (C3) de Duración del sueño según la región geográfica que habita la población indígena encuestada

### ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DEL COMPONENTE 3 (C3)

El análisis del Componente 3 (C3) Duración del sueño, refleja la clara tendencia a considerar que duermen > 7 horas (63%). De los cuales el mayor porcentaje correspondió al género femenino (35,6%) y al género masculino (27%). Los porcentajes marginales evidencian que dentro del género femenino, la repuesta de dormir más de 7 horas prevalece con (66%) con respecto a (60%) del género masculino.

En las puntuaciones intermedias hay un valle de descenso de los porcentajes, elevándose hasta un (16%) en la duración del sueño de  $\leq 5$  horas en el sexo masculino con respecto a un (14 %) en el grupo femenino. El Chi cuadrado arroja que no existe una relación entre el género y la duración del sueño con una confiabilidad del 95%, ( $p=0,702>0,05$ ).

En cuanto a la edad se aprecia que la puntuación de duración del sueño de >7 horas recoge la mayoría de las respuestas (63%) de la población general, correspondiendo el porcentaje más elevado (20%) al grupo etario de 21 a 30 años, seguido con un (13%) del grupo inmediatamente superior en edad de 31 a 40 años.

El (84 %) de los integrantes del grupo etario de 10 a 20 años manifiestan dormir >7 horas. Apreciándose un descenso progresivo de la duración del sueño a medida que avanza la edad, con una tendencia a incrementarse nuevamente hasta (45%) en el grupo de los mayores de 61 años. Los que duermen  $\leq 5$  horas representan (15%) de la población general, pero es en el grupo entre 51 y 60 años donde se recoge la opinión más elevada (32%).

El Chi cuadrado arroja que existe relación entre los grupos etarios y la duración del sueño con una confiabilidad del 95% ( $p=0,001 < 0,05$ ), mientras que el coeficiente Gamma de correlación indica la presencia de relación positiva y que a medida que aumenta la edad, se incrementan los sujetos que duermen menos horas. (Gamma=0,330,  $p= 0,00 < 0,05$ ).

En cuanto a la ocupación, se detecta que en la población general la duración del sueño de > 7 horas prevalece (63%). Predominando las amas de casa (25%) con >7 horas, seguidas por los Agricultores (12%). Los porcentajes marginales reproducen la alta incidencia que tiene la respuesta de > 7 horas en cada una de las ocupaciones, destacándose las enfermeras (89%) y (77%) de los estudiantes, mientras que las amas de casa opinaron de igual manera (67%).

El Chi cuadrado arroja que existe una relación entre las ocupaciones y la duración del sueño con una confiabilidad del 95%, ( $p=0,007 < 0,05$ ), mientras que el coeficiente V de Cramer de correlación indica una relación medianamente importante entre ambas variables, (V de Cramer =0,184,  $p=0,007 < 0,05$ ).

En cuanto a las regiones geográficas que habita la población, se evidencia que la mayor frecuencia de respuestas (63%) respondió dormir > 7 horas en

todas las regiones. Correspondiendo a la región Guayana (1) el mayor porcentaje (72%). En Los Llanos y en la región Occidente tuvieron porcentajes similares entre sí (56%) y (54%) respectivamente.

El Chi cuadrado arroja que existe una relación entre las regiones geográficas y el componente de duración del sueño con una confiabilidad del 95%, ( $p=0,013 < 0,05$ ), mientras que el coeficiente V de Cramer de correlación indica una relación medianamente importante entre ambas variables, ( $V \text{ de Cramer} = 0,151, p=0,013 < 0,05$ ).

#### **PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL COMPONENTE 4 (C4): Eficiencia habitual del sueño.**

El Componente 4 (C4), mide el cociente entre el tiempo que la persona cree dormir y la resultante que declara haber estado acostado, multiplicada por 100.

Las preguntas que se hicieron en el cuestionario fueron la N° 3, cuantas horas acostumbra dormir, y en la pregunta N°4: a qué hora se acuesta y a qué hora se levanta. La puntuación se realiza bajo los siguientes parámetros, Si el cociente arroja una cifra igual o mayor al 85% = 0 puntos, si arroja entre 75% y 84% = 1 punto, si arroja entre 65% y 74% = 2 puntos, y menos del 65% = 3 puntos.

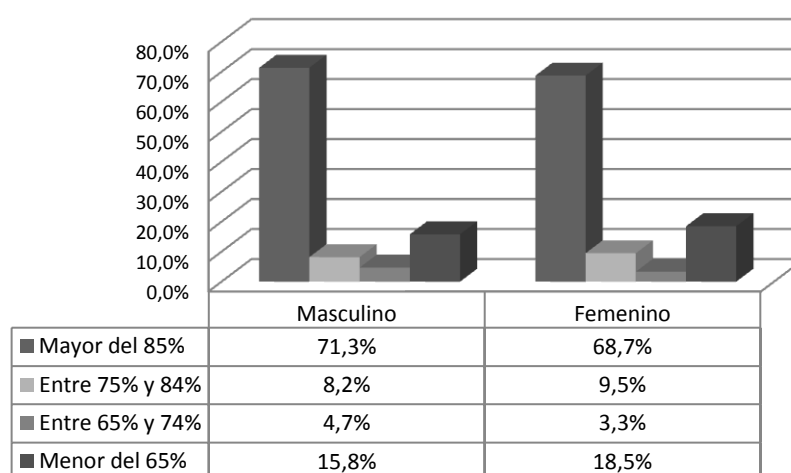
Los resultados se presentan a continuación:

La eficiencia habitual del sueño se muestra en la Tabla N° 15 donde la eficiencia de >del 85%, se presentó en el (70%) de la población general, correspondiendo (38%) al género femenino y (32%) al masculino. Las peores puntuaciones, o sea un porcentaje de eficiencia de < del 65% correspondieron prácticamente equilibrados para ambos géneros con un total de 17% .

**Tabla N° 15**  
Distribución porcentual de la Puntuación obtenida por el Componente (C4)  
Eficiencia del sueño según el género de la población indígena encuestada

GENERO	SUB TOTALES		PUNTUACIÓN DE EFICIENCIA DEL SUEÑO							
			0 ≥ 85%		1 75%-84%		2 65%-74%		3 < 65%	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
FEMENINO	211	55.2%	145	38.0%	20	5.2%	7	1.8%	39	10.2%
MASCULINO	171	44.8%	122	31.9%	14	3.7%	8	2.1%	27	7.1 %
TOTAL	382	100 %	267	69.9%	34	8.9%	15	3.9%	66	17.3%

En el Gráfico N° 20 se evidencia que dentro de cada género individualmente prevalece el mayor porcentaje de personas que aportan respuestas de una eficiencia del sueño de >del 85%. Existe un pequeño porcentaje de personas de ambos géneros que presenta una eficiencia del sueño <65%. El Chi cuadrado arroja que no existe una relación entre el género y la eficiencia del sueño con una confiabilidad del 95%, ( $p=0,0774>0,05$ ).



**Gráfico N° 20**  
Distribución porcentual marginal del Componente 4 (C4)  
Eficiencia habitual del sueño según el género de la población indígena encuestada.

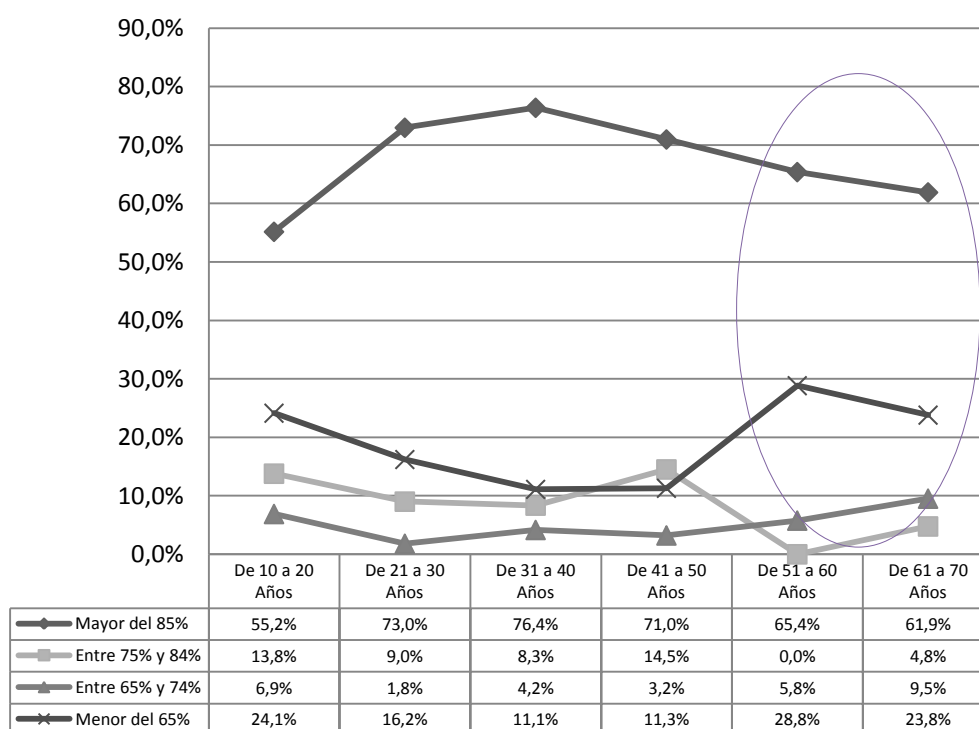
La Eficiencia del sueño relacionada con los grupos etarios se presenta en la Tabla N° 16, en la cual se aprecia que el (70%) de la población general goza de una eficiencia del sueño de >85% de las cuales el 50% aproximadamente se encuentra repartido entre los grupos etario de 21 a 50 años. Con la mayor incidencia (21%) entre los 21 y 30 años de edad.

**Tabla N° 16**  
Distribución porcentual de la Puntuación obtenida por el  
Componente (C4) Eficiencia del sueño  
según el grupo etario de la población indígena encuestada

GRUPO ETARIO	SUB TOTALES		PUNTUACIÓN DE EFICIENCIA DEL SUEÑO							
			0		1		2		3	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
10-20	58	15.1%	32	8.3%	8	2.1%	4	1.0%	14	3.6%
21-30	111	28.8%	81	21.0%	10	2.6%	2	0,5%	18	4.7%
31-40	72	18.7%	55	14.3%	6	1.6%	3	0,8%	8	2.1%
41-50	62	16.1%	44	11.4%	9	2.3%	2	0,5%	7	1.8%
51-60	52	13.5%	34	8.8%	0	0%	3	0,8%	15	3.9%
61-70	21	5.5%	13	3.4%	1	0.3%	2	0.5%	5	1.3%
70-80	9	2.2%	8	2.1%	0	0%	0	%	1	0.3%
TOTAL	385	100%	267	69.4%	34	8.8%	16	4.2 %	68	17.7%

En el Gráfico N° 21 se presenta la tendencia existente dentro de cada grupo etario en cuanto al cálculo de la eficiencia habitual del sueño y se aprecia que la elevada incidencia de eficiencia del sueño >85%, se mantiene de manera bastante homogénea dentro de cada grupo etario. Se puede apreciar que en los grupos etarios entre 51 y 70 años se incrementan los valores de baja eficiencia del sueño de <65% entre 75% y 84%.

En líneas generales se evidencia que no existe una tendencia franca en alza o en baja, sino bastante equilibrada en los diferentes grupos etarios. El Chi cuadrado arroja que no existe relación entre los grupos etarios y la eficiencia del sueño con una confiabilidad del 95% ( $p=0,084 > 0,05$ ).



**Gráfico N° 21**

Distribución porcentual marginal del Componente 4 (C4) Eficiencia habitual del sueño según los grupos etarios de la población indígena encuestada

La eficiencia habitual del sueño según las ocupaciones que desempeña la población encuestada se presenta en la Tabla N° 17, en la cual se aprecia que en el (70%) de los casos predominó una eficiencia habitual del sueño de  $>85\%$ , con una mayor incidencia en las amas de casa (27%) quienes representan el mayor número de encuestados en esa ocupación.

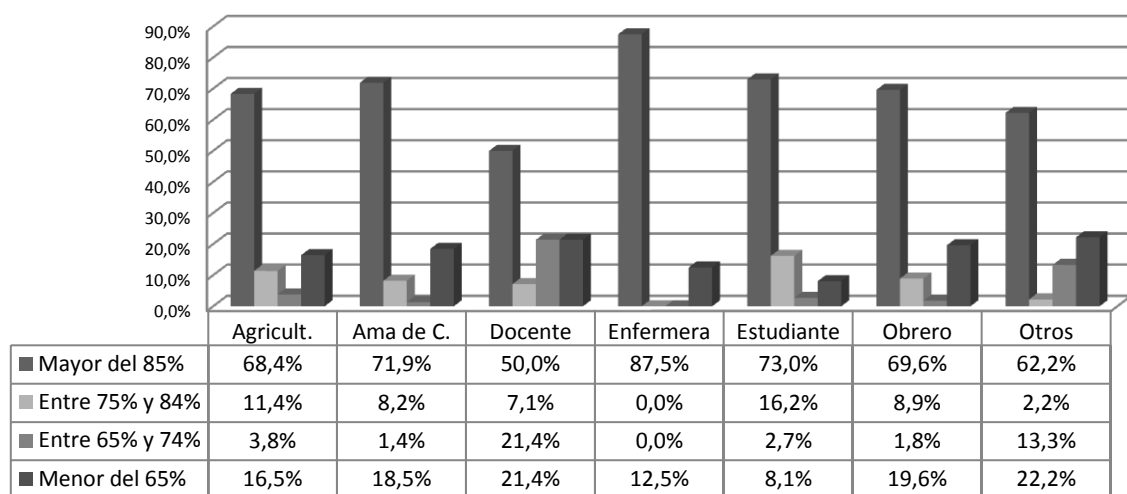
**Tabla N° 17**  
Distribución porcentual de la Puntuación obtenida por el  
Componente (C4) Eficiencia del sueño según la ocupación de la  
población indígena encuestada

OCUPACIÓN	SUB		PUNTUACIÓN DE EFICIENCIA DEL SUEÑO							
	TOTALES		0		1		2		3	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
AGRUCULTOR	79	20.5%	54	14,0%	9	2,3%	3	0.8%	13	3.4%
AMA DE CASA	146	37,2%	105	27.3%	12	3.1%	2	0,5%	27	7.0%
DOCENTE	14	3.6%	7	1.8%	1	0.3%	3	0.8%	3	8%
ENFERMERA	8	2.1%	7	1.8%	0	%	0	%	1	0.3%
ESTUDIANTE	37	9.7%	27	7.0%	6	1.6%	1	0,3%	3	0,8%
OBRERO	56	14.5%	39	0.1%	5	1.3 %	1	0,3%	11	2,9%
OTROS	45	11.7%	28	7.3%	1	0,3%	6	1,6%	10	2,6%
<b>TOTAL</b>	<b>385</b>	<b>100%</b>	<b>267</b>	<b>69.4%</b>	<b>34</b>	<b>8.8%</b>	<b>16</b>	<b>4,2%</b>	<b>68</b>	<b>17,7%</b>

La distribución marginal que se presenta en el Gráfico N° 22 se evidencia que en todas las ocupaciones la eficiencia del sueño de >85% es mayoritaria, en la cual destacan las Enfermeras con el mayor porcentaje. También se encuentran porcentajes alrededor del (20%) en casi todas las ocupaciones que correspondieron a una eficiencia del sueño < 65%, a excepción de los estudiantes quienes manifestaron esa eficiencia solo el 8% de ellos.

El Chi cuadrado arroja que existe una relación entre las ocupaciones y la eficiencia del sueño con una confiabilidad del 95%, ( $p=0,014 < 0,05$ ), mientras que el coeficiente V de Cramer de correlación indica una relación leve entre ambas variables, ( $V \text{ de Cramer} = 0,171, p=0,014 < 0,05$ ).





**Gráfico N° 22**  
Distribución porcentual marginal del  
Componente (C4) Eficiencia habitual del sueño según la ocupación de la  
población indígena encuestada.

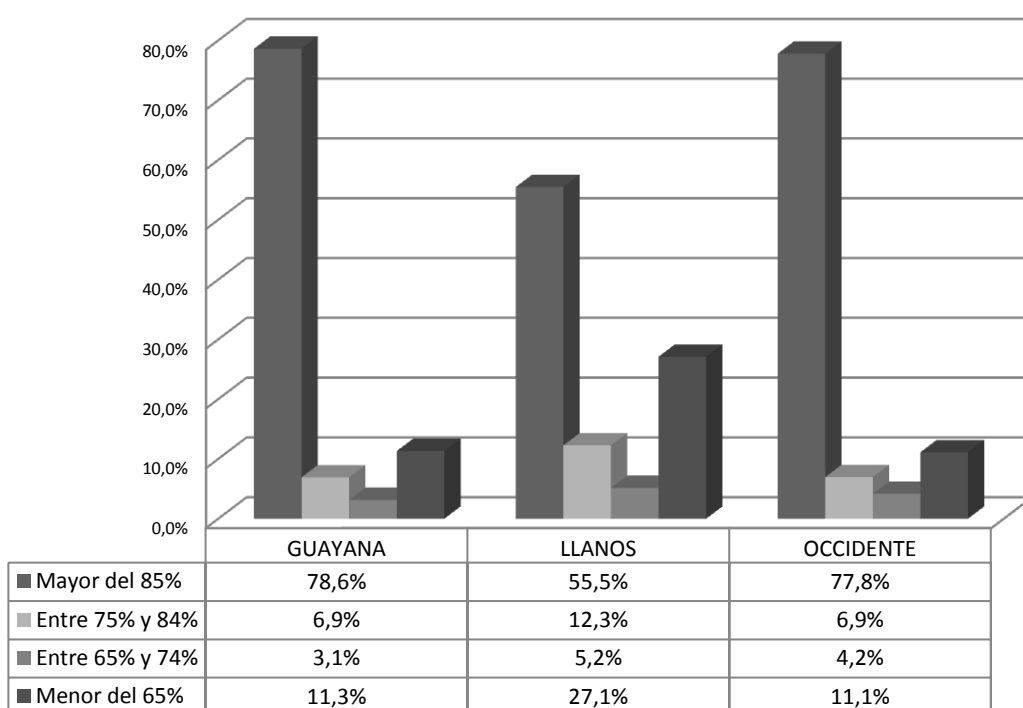
En la Tabla N° 18 se evidencia que dentro de la población general La región (1) Guayana presenta el mayor porcentaje (32%) de >85% de eficiencia. Seguida por Los Llanos (2) con (22%) y Occidente (3) con (15%).

**Tabla N° 18**  
Distribución porcentual de la Puntuación obtenida por  
el Componente (C4) Eficiencia del sueño  
según la región geográfica que habita la población indígena encuestada

REGION GEOGRÁFICA	SUB TOTALES		PUNTUACIÓN DE EFICIENCIA DEL SUEÑO							
			0 ≥ 85%		1 75%-84%		2 65%-74%		3 < 65%	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
(1) GUAYANA	158	41.2%	125	32.4%	11	2.8%	5	1.3%	18	4.7%
(2) LLANOS	155	40.2%	86	22,3%	19	4,9%	8	2.1%	42	10,9%
(3) OCCIDENTE	72	18.6%	56	14,5%	5	1,3%	3	0,8%	8	2,1%
TOTAL	385	100%	267	69,2%	35	9,1%	16	4,1%	68	17,6%

En el Gráfico N° 23 se presenta la distribución marginal de las regiones evidenciándose una alta incidencia de eficiencia del sueño de > 85% predominantemente en las regiones de Guayana y Occidente. Por otra parte se destaca que la región cuyos habitantes presentan una eficiencia del sueño de <65% en mayor proporción es la región (2) de los Llanos (27%).

El Chi cuadrado arroja que existe relación entre las regiones geográficas y el Componente (C4) de eficiencia habitual del sueño, con una confiabilidad del 95%, ( $p=0,001 < 0,05$ ), mientras que el coeficiente V de Cramer de correlación indica una relación leve entre ambas variables, (V de Cramer =0,17,  $p=0,01 < 0,05$ ).



**Gráfico N° 23**

Distribución marginal del Componente 4 (C4) Eficiencia habitual del sueño según las regiones geográficas que habita la población indígena encuestada

#### **ANALISIS DE LOS RESULTADOS DEL COMPONENTE 4 (C4)**

La eficiencia habitual del sueño calculada en  $>85\%$ , fue la respuesta que obtuvo los mayores porcentajes (70%) dentro de la población general, correspondiendo (38%) al género femenino y (32%) al masculino. El porcentaje de eficiencia de  $<65\%$  se mantuvieron prácticamente equilibrados para ambos géneros con (17%).

Los porcentajes marginales evidencian que dentro de cada género prevalece el mayor porcentaje de eficiencia del sueño de  $>85\%$ . Se detecta, también que existe un pequeño porcentaje de personas de ambos géneros que presenta una eficiencia del sueño  $<65\%$ . El Chi cuadrado arroja que no existe relación entre el género y la eficiencia del sueño con una confiabilidad del 95%, ( $p=0,0774>0,05$ ).

En cuanto a la edad se aprecia que (70%) de la población general goza de una muy buena eficiencia del sueño de  $>85\%$ , de las cuales (50%) aproximadamente, se encuentran repartidos entre los grupos etario de 21 a 50 años. Con la mayor incidencia (21%) entre los 21 y 30 años de edad coherente con una población joven.

Los porcentajes marginales evidencian una elevada incidencia de eficiencia del sueño  $>85\%$  cuya tendencia es bastante homogénea dentro de cada grupo etario, mientras que entre 51 y 70 años se incrementan los valores de la eficiencia del sueño de  $<65\%$  entre un (24% y 29%). la tendencia es hacia el alza en ese grupo.

En ese mismo grupo etario se evidencia una caída de los porcentajes en cuanto a la eficiencia del sueño entre (75% y 84%). En líneas generales no existe una tendencia franca en alza o en baja, sino bastante equilibrada en los diferentes grupos etarios. El Chi cuadrado arroja que no existe relación entre los grupos etarios y la eficiencia del sueño con una confiabilidad del 95% ( $p=0,084 > 0,05$ ).

En cuanto a la ocupación, se aprecia que en el (70%) de los casos predominó una eficiencia habitual del sueño de  $>85\%$ , con una mayor incidencia en las amas de casa (27%) quienes representan el mayor número de encuestados en esa ocupación. Los porcentajes marginales evidencian también que dentro de cada ocupación la eficiencia del sueño de  $>85\%$  es la mayoría destacándose las Enfermeras con el mayor porcentaje.

Se evidenciaron porcentajes alrededor del 20% en casi todas las ocupaciones con una eficiencia del sueño  $< 65\%$ , a excepción de los estudiantes quienes manifestaron esa eficiencia solo el 8% de ellos. El Chi cuadrado arroja que existe una relación entre las ocupaciones y la eficiencia del sueño con una confiabilidad del 95%, ( $p=0,014 < 0,05$ ), mientras que el coeficiente V de Cramer de correlación indica una relación leve entre ambas variables, (V de Cramer  $=0,171$ ,  $p=0,014 < 0,05$ ).

## **PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL COMPONENTE 5 (C5): Perturbación extrínseca del sueño.**

Este componente contempla las situaciones que provocan despertarse en medio de la noche, tales como: tener que levantarse para ir al baño, episodios de tos, dificultad para respirar, ronquidos, sensaciones de calor o frío, pesadillas, y/o dolores. Las preguntas orientadas a cada perturbación estuvieron contenidas en el cuestionario en el Componente 5 (C5) desde la pregunta (5a) hasta la (5j) ambas inclusive.

La suma de puntuaciones de de las alternativas desde la 5b hasta la 5j son valoradas así: (0 = 0, 1-9 = 1; 10-18 = 2; 19-27 = 3. Los resultados reflejados fueron los que se presentan en las tablas y gráficos siguientes:

**Tabla N° 19**

Distribución porcentual de la Puntuación obtenida por el Componente de perturbación extrínseca del sueño (C5) según el género de la población indígena

PERTURBACIÓN	PUNTOS	GENERO				TOTAL
		MASCULINO		FEMENINO		
		f	%	f	%	
Despertares Nocturnos	0	74	19,5%	76	20,1%	150
	1	56	14,8%	66	17,4%	122
	2	29	7,7%	40	10,6%	69
	3	9	2,4%	29	7,7%	38
	Total	168	44,3%	211	55,7%	379
Levantarse al baño	0	77	20,3%	85	22,4%	162
	1	67	17,6%	73	19,2%	140
	2	18	4,7%	42	11,1%	60
	3	7	1,8%	11	2,9%	18
	Total	169	44,5%	211	55,5%	380
Dificultad para Respirar	0	117	34,3%	134	39,3%	251
	1	20	5,9%	42	12,3%	62
	2	9	2,6%	14	4,1%	23
	3	3	0,9%	2	0,6%	5
	Total	149	43,7%	192	56,3%	341
Despertarse con Tos	0	100	27,5%	123	33,9%	223
	1	38	10,5%	43	11,8%	81
	2	19	5,2%	18	5,0%	37
	3	8	2,2%	14	3,9%	22
	Total	165	45,5%	198	54,5%	363
Despertar por Frio	0	95	27,3%	107	30,7%	202
	1	41	11,8%	48	13,8%	89
	2	15	4,3%	24	6,9%	39
	3	3	0,9%	15	4,3%	18
	Total	154	44,3%	194	55,7%	348
Despertar por Calor	0	88	23,3%	84	22,2%	172
	1	32	8,5%	56	14,8%	88
	2	28	7,4%	36	9,5%	64
	3	21	5,6%	33	8,7%	54
	Total	169	44,7%	209	55,3%	378

Despertar por Pesadillas	0	98	<b>28,7%</b>	117	<b>34,2%</b>	215
	1	37	10,8%	45	13,2%	82
	2	11	3,2%	21	6,1%	32
	3	5	1,5%	8	2,3%	13
	Total	151	44,2%	191	55,8%	342
Despertarse por Dolor	0	92	<b>26,3%</b>	103	<b>29,4%</b>	195
	1	33	9,4%	47	13,4%	80
	2	21	6,0%	32	9,1%	53
	3	6	1,7%	16	4,6%	22
	Total	152	43,4%	198	56,6%	350

En la Tabla N° 19, se presentan los resultados de las puntuaciones obtenidas por las diferentes perturbaciones externas del sueño del Componente (C5) según el Género. En la población general encuestada, se aprecia que la mayoría de la población no refiere perturbaciones del sueño, siempre con mayores porcentajes en el género femenino, pero en ningún caso rebasa el 39,3%.

Existen perturbaciones de algún tipo en la población restante desde 1 a 3 veces por semana con sutiles diferencias entre los géneros. Se aprecia que las perturbaciones distérmicas por calor y frío se presentan hasta 3 veces por semana con mayor frecuencia al género femenino

**Tabla N° 20**

Distribución porcentual marginal del Componente 5 (C5) perturbación extrínseca del sueño según el género de la población indígena encuestada.

PERTURBACIÓN EXTRÍNSECA PUNTOS		GENERO			
		MASCULINO		FEMENINO	
		f	%	f	%
Despertares Nocturnos	0	74	<b>44,0%</b>	76	<b>36,0%</b>
	1	56	33,3%	66	31,3%
	2	29	17,3%	40	19,0%
	3	9	5,4%	29	13,7%
Levantarse al baño	0	<b>77</b>	<b>45,6%</b>	<b>85</b>	<b>40,3%</b>
	1	67	<b>39,6%</b>	<b>73</b>	<b>34,6%</b>
	2	18	10,7%	42	19,9%
	3	7	4,1%	11	5,2%

Dificultad para Respirar	0	<b>117</b>	<b>8,5%</b>	<b>134</b>	<b>69,8%</b>
	1	20	13,4%	42	21,9%
	2	9	6,0%	14	7,3%
	3	3	2,0%	2	1,0%
Despertarse con Tos	0	<b>100</b>	<b>60,6%</b>	<b>123</b>	<b>62,1%</b>
	1	38	23,0%	43	21,7%
	2	19	11,5%	18	9,1%
	3	8	4,8%	14	7,1%
Despertar por Frio	0	<b>95</b>	<b>61,7%</b>	<b>107</b>	<b>55,2%</b>
	1	41	26,6%	48	24,7%
	2	15	9,7%	24	12,4%
	3	3	1,9%	15	7,7%
Despertar por Calor	0	<b>88</b>	<b>52,1%</b>	<b>84</b>	<b>40,2%</b>
	1	32	18,9%	56	26,8%
	2	28	16,6%	36	17,2%
	3	21	12,4%	33	15,8%
Despertar por Pesadillas	0	<b>98</b>	<b>64,9%</b>	<b>117</b>	<b>61,3%</b>
	1	37	24,5%	45	23,6%
	2	11	7,3%	21	11,0%
	3	5	3,3%	8	4,2%
Despertarse por Dolor	0	<b>92</b>	<b>60,5%</b>	<b>103</b>	<b>52,0%</b>
	1	33	21,7%	47	23,7%
	2	21	13,8%	32	16,2%
	3	6	3,9%	15	7,6%
Despertar por Calor	0	<b>88</b>	<b>52,1%</b>	<b>84</b>	<b>40,2%</b>
	1	32	18,9%	56	26,8%
	2	28	16,6%	36	17,2%
	3	21	12,4%	33	15,8%
Despertar por Pesadillas	0	<b>98</b>	<b>64,9%</b>	<b>117</b>	<b>61,3%</b>
	1	37	24,5%	45	23,6%
	2	11	7,3%	21	11,0%
	3	5	3,3%	8	4,2%

En la Tabla N° 20 se presenta la distribución marginal del Componente 5 (C5) con las perturbaciones extrínsecas del sueño según el género de la población encuestada y se detecta que existe relación entre la variable Género y el

Despertarse en mitad de la noche, destacando que el género femenino ve perturbado su sueño con despertares nocturnos de hasta 3 veces por semana en 13,7%, mientras que esta eventualidad se ve en 5,4% del género masculino.

En la Tabla N° 21 se presenta la distribución del Componente 5 (C5) perturbaciones del sueño por grupos etarios, en la cual se evidencia que de las 382 personas que respondieron esta pregunta, (15%) correspondió al grupo de 10 a 20 años cuyo (9%) respondió no presentar despertares nocturnos, asimismo el grupo de 21 a 30 años representó el (29%) de las respuestas de las cuales el 12% correspondió a no tener despertares nocturnos.

En la década de 31 a 40 años se recogió (19%) de respuestas en las cuales el mayor porcentaje (8%) correspondió a despertarse por lo menos 1 vez por semana respecto del (7%) que lo niega. A partir de los 41 años en adelante se aprecian porcentajes cada vez menores. Los despertares nocturnos hasta 3 veces por semana se presentaron solamente entre el (1,3%) y (2,4%) de los casos, correspondiendo el mayor porcentaje a la década de 21 a 30 años.

Según la Chi cuadrado se desprende ( $p=0,16 < 0,05$ ), asimismo el despertarse por Tos y el dolor se ve incrementado progresivamente con la edad, en el caso de la tos se encuentra una Chi cuadrado de ( $p=0,00 < 0,05$ ) y en el caso de despertares por dolores ( $p=0,007 < 0,05$ ).



**Tabla N° 21**

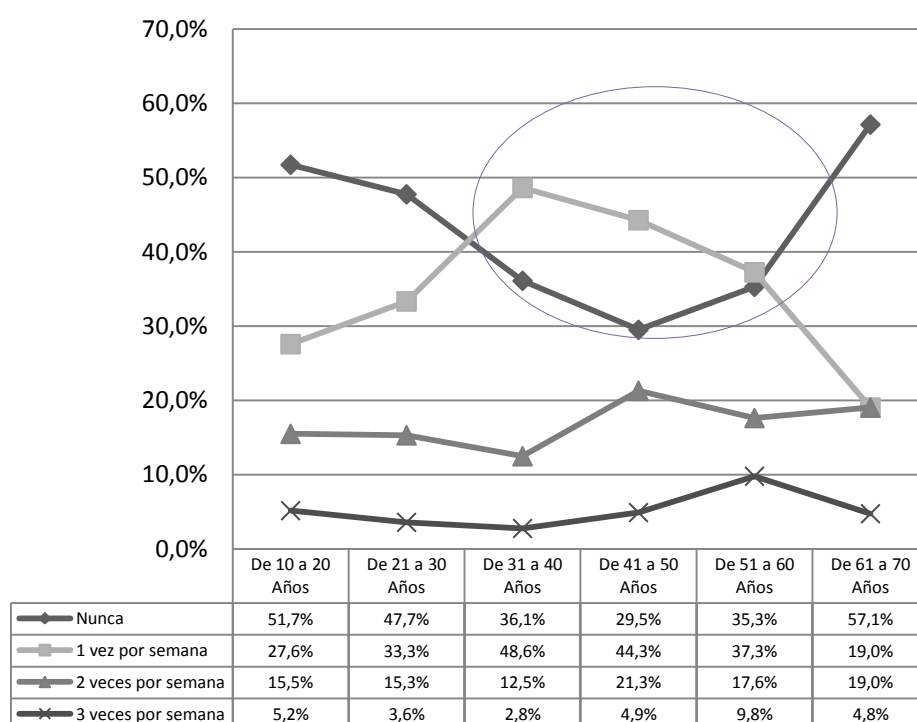
Distribución porcentual de la Puntuación obtenida por el Componente de perturbación extrínseca del sueño (C5) Según los grupos etarios de la población indígena encuestada

PERTURBACIÓN	PTOS	De 10 a 20		De 21 a 30		De 31 a 40		De 41 a 50		De 51 a 60		De 61 a 70		Más de 70		Total
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
Despertares Nocturnos	0	36	9,4%	45	11,8%	26	6,8%	19	5,0%	15	3,9%	6	1,6%	3	0,8%	150
	1	12	3,1%	36	9,4%	29	7,6%	19	5,0%	14	3,7%	9	2,4%	5	1,3%	124
	2	5	1,3%	21	5,5%	11	2,9%	17	4,5%	13	3,4%	2	0,5%	1	0,3%	70
	3	5	1,3%	9	2,4%	5	1,3%	6	1,6%	9	2,4%	4	1,0%	0	0,0%	38
	Total	58	15,2%	111	29,1%	71	18,6%	61	16,0%	51	13,4%	21	5,5%	9	2,4%	382
Levantarse al baño	0	30	7,8%	53	13,8%	26	6,8%	18	4,7%	18	4,7%	12	3,1%	7	1,8%	164
	1	16	4,2%	37	9,7%	35	9,1%	27	7,0%	19	5,0%	4	1,0%	2	0,5%	140
	2	9	2,3%	17	4,4%	9	2,3%	13	3,4%	9	2,3%	4	1,0%	0	0,0%	61
	3	3	0,8%	4	1,0%	2	0,5%	3	0,8%	5	1,3%	1	0,3%	0	0,0%	18
	Total	58	15,1%	111	29,0%	72	18,8%	61	15,9%	51	13,3%	21	5,5%	9	2,3%	383
Dificultad para Respirar	0	40	11,6%	78	22,7%	45	13,1%	37	10,8%	31	9,0%	15	4,4%	6	1,7%	252
	1	12	3,5%	17	4,9%	11	3,2%	12	3,5%	9	2,6%	3	0,9%	0	0,0%	64
	2	3	0,9%	5	1,5%	3	0,9%	5	1,5%	3	0,9%	1	0,3%	3	0,9%	23
	3	0	0,0%	1	0,3%	1	0,3%	1	0,3%	2	0,6%	0	0,0%	0	0,0%	5
	Total	55	16,0%	101	29,4%	60	17,4%	55	16,0%	45	13,1%	19	5,5%	9	2,6%	344
Despertarse con Tos	0	41	11,2%	82	22,4%	34	9,3%	30	8,2%	23	6,3%	10	2,7%	5	1,4%	225
	1	13	3,6%	13	3,6%	22	6,0%	16	4,4%	10	2,7%	6	1,6%	1	0,3%	81
	2	2	0,5%	3	0,8%	6	1,6%	9	2,5%	10	2,7%	4	1,1%	3	0,8%	37
	3	0	0,0%	6	1,6%	4	1,1%	5	1,4%	7	1,9%	1	0,3%	0	0,0%	23
	Total	56	15,3%	104	28,4%	66	18,0%	60	16,4%	50	13,7%	21	5,7%	9	2,5%	366

Cont.

Despertar por Frio	0	35	10,0%	55	15,7%	42	12,0%	32	9,1%	25	7,1%	9	2,6%	5	1,4%	203
	1	12	3,4%	29	8,3%	16	4,6%	11	3,1%	14	4,0%	7	2,0%	2	0,6%	91
	2	6	1,7%	12	3,4%	4	1,1%	9	2,6%	5	1,4%	2	0,6%	1	0,3%	39
	3	3	0,9%	6	1,7%	2	0,6%	2	0,6%	3	0,9%	1	0,3%	1	0,3%	18
	Total	56	16,0%	102	29,1%	64	18,2%	54	15,4%	47	13,4%	19	5,4%	9	2,6%	351
Despertar por Calor	0	29	7,6%	53	13,9%	30	7,9%	30	7,9%	17	4,5%	9	2,4%	5	1,3%	173
	1	19	5,0%	24	6,3%	16	4,2%	12	3,1%	11	2,9%	6	1,6%	1	0,3%	89
	2	7	1,8%	18	4,7%	12	3,1%	12	3,1%	11	2,9%	3	0,8%	2	0,5%	65
	3	3	0,8%	15	3,9%	14	3,7%	8	2,1%	10	2,6%	3	0,8%	1	0,3%	54
	Total	58	15,2%	110	28,9%	72	18,9%	62	16,3%	49	12,9%	21	5,5%	9	2,4%	381
Despertar por Pesadillas	0	44	12,8%	59	17,1%	30	8,7%	34	9,9%	26	7,5%	15	4,3%	7	2,0%	215
	1	6	1,7%	29	8,4%	22	6,4%	11	3,2%	13	3,8%	2	0,6%	1	0,3%	84
	2	5	1,4%	9	2,6%	8	2,3%	6	1,7%	3	0,9%	1	0,3%	0	0,0%	32
	3	3	0,9%	3	0,9%	2	0,6%	2	0,6%	4	1,2%	0	0,0%	0	0,0%	14
	Total	58	16,8%	100	29,0%	62	18,0%	53	15,4%	46	13,3%	18	5,2%	8	2,3%	345
Despertarse por Dolor	0	35	9,9%	67	19,0%	32	9,1%	32	9,1%	20	5,7%	10	2,8%	2	0,6%	198
	1	13	3,7%	23	6,5%	19	5,4%	8	2,3%	11	3,1%	4	1,1%	2	0,6%	80
	2	3	0,8%	14	4,0%	8	2,3%	7	2,0%	14	4,0%	4	1,1%	3	0,8%	53
	3	2	0,6%	0	0,0%	7	2,0%	7	2,0%	4	1,1%	1	0,3%	1	0,3%	22
	Total	53	15,0%	104	29,5%	66	18,7%	54	15,3%	49	13,9%	19	5,4%	8	2,3%	353

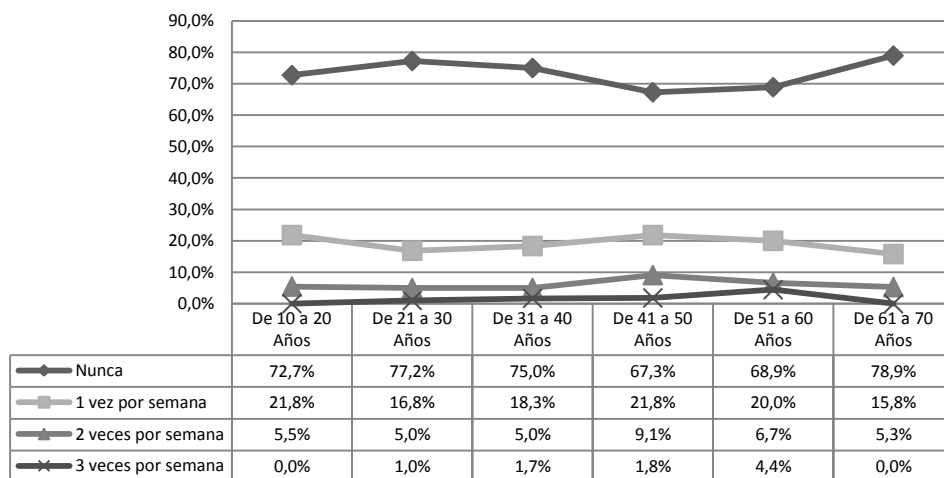
En el Gráfico N° 24 que representa la distribución marginal relacionada con los despertares nocturnos según los grupos etarios y se evidencia que a medida que se avanza en edad hay menos despertares nocturnos hasta los 40 años de edad, apreciándose una elevación progresiva a medida que se avanza en edad a partir de 41 años.



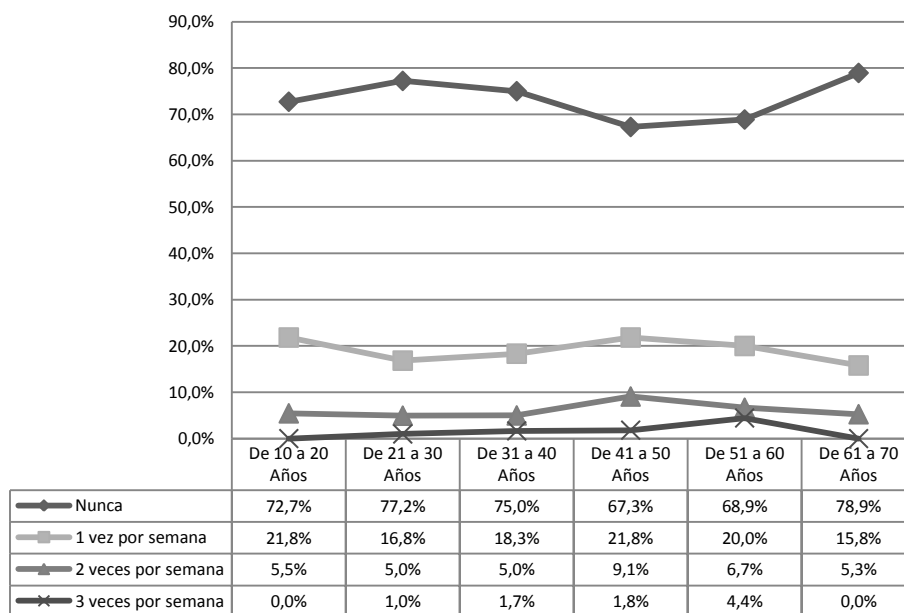
**Gráfico N° 24**

Distribución porcentual marginal del Componente 5 (C5) Perturbaciones extrínsecas del sueño Despertares nocturnos según los grupos etarios de la población indígena encuestada.

Como es evidente en el Gráfico N° 25 se aprecia que no hay mayores diferencias dentro de cada grupo etario, en cuanto a perturbaciones del sueño por tener que levantarse para ir al baño y los mayores porcentajes corresponden con la puntuación de *nunca*=0.

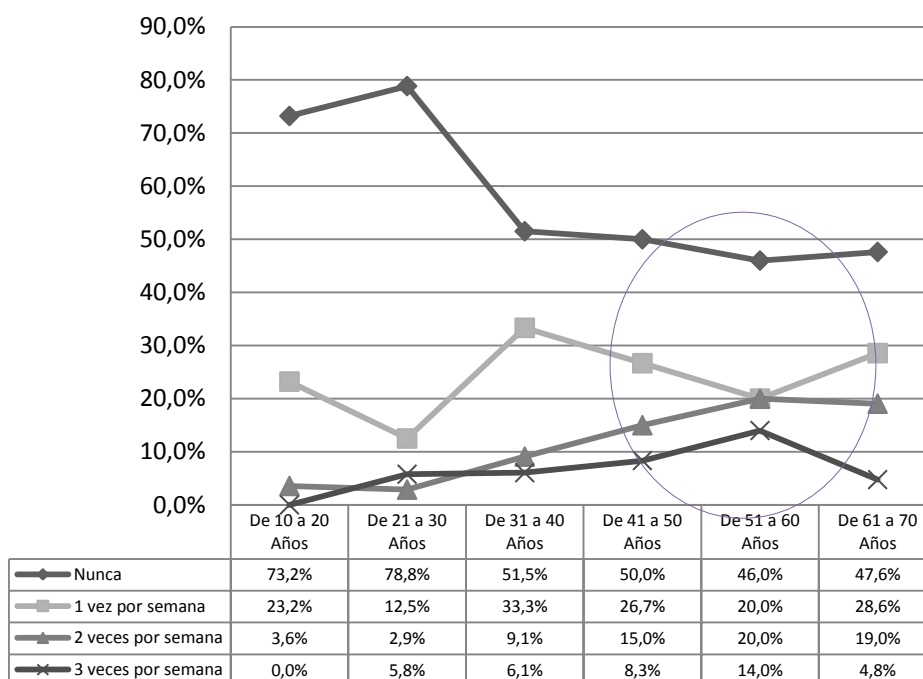


**Gráfico N° 25**  
Distribución porcentual marginal del Componente 5 (C5) de Perturbaciones del sueño levantarse para ir al baño según los grupos etarios de la población indígena encuestada



**Gráfico N° 26**  
Distribución porcentual marginal del Componente 5 (C5) Perturbaciones del sueño por dificultad para respirar según los grupos etarios de la población indígena encuestada

En el Gráfico N° 26 se aprecia que dentro de cada grupo etario no hay mayores diferencias en despertarse por la perturbación de dificultad para respirar, las líneas del gráfico se muestran bastante planas y equilibradas y no hay diferencias significativas.

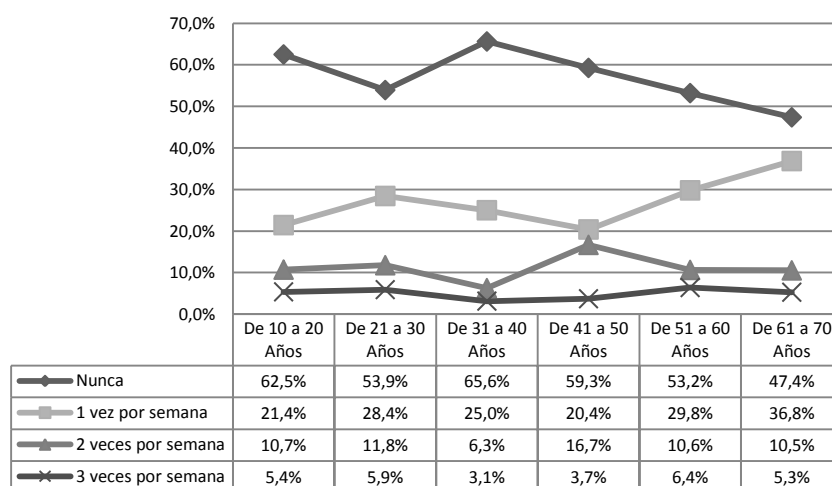


**Gráfico N° 27**  
Distribución porcentual marginal del Componente 5 (C5)  
Perturbaciones del sueño por despertarse por causa de la tos  
según los grupos etarios de la población indígena encuestada

En el Gráfico N° 27 donde se representa la distribución marginal de las perturbaciones del sueño por causa de la tos según el grupo etario, donde se evidencia una tendencia a incrementarse la frecuencia de esta perturbación con la edad especialmente a partir del grupo etario por encima de los 40 años. La Chi cuadrado demuestra una diferencia significativa de que hay relación con una ( $p=0,00 < 0,05$ ) con una V de Cramer (0,215 para una  $p=0,00 < 0,05$ )

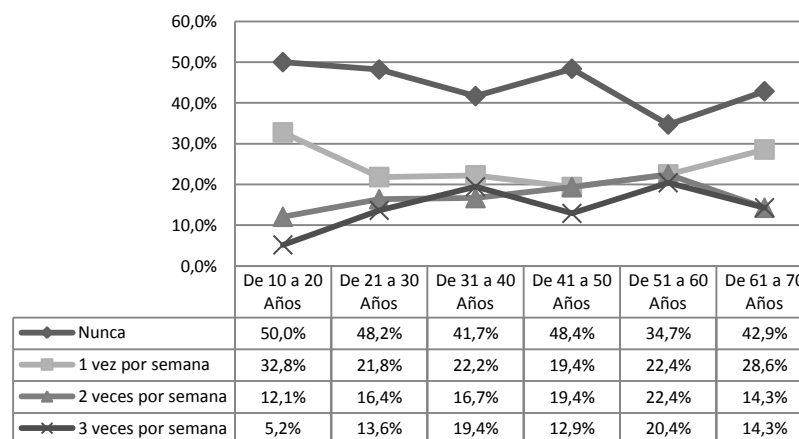
En el Gráfico N° 28 se aprecia que dentro de los grupos etarios ocurre una caída de los porcentajes en la opción *nunca*=0 a partir de los 31 a 40 años, pero

que no es significativa y solo se aprecia la tendencia hacia un leve incremento de 1 vez por semana a partir de los 40 años.



**Gráfico N° 28**

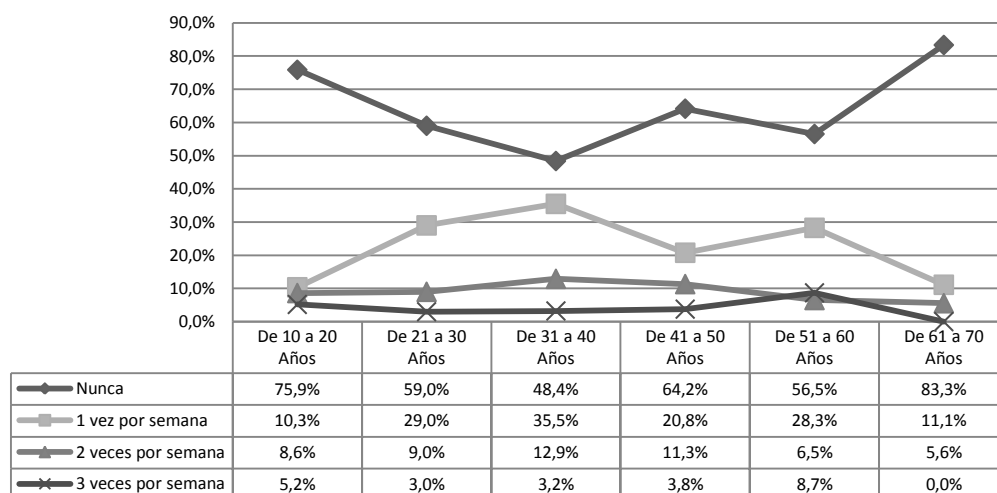
Distribución porcentual marginal del Componente 5 (C5)  
Perturbaciones del sueño por despertarse por causa del frío según los grupos  
etarios de la población indígena encuestada



**Gráfico N° 29**

Distribución porcentual marginal del Componente 5 (C5) Perturbaciones del  
sueño por despertarse por causa del calor según los grupos etarios de la población  
indígena encuestada

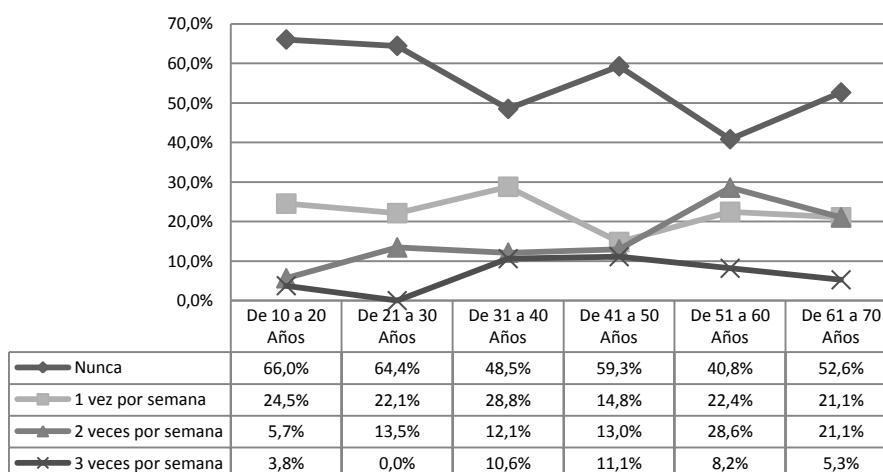
En el Gráfico N° 29 se aprecia una leve tendencia hacia el alza en la frecuencia de todas las puntuaciones a medida que aumenta la edad, pero no es significativa.



**Gráfico N° 30**

Distribución porcentual marginal del Componente 5 (C5) Perturbaciones del sueño por despertarse a causa de pesadillas según los grupos etarios de la población indígena encuestada

En el Gráfico N° 30 se presentan las puntuaciones relacionadas con la perturbación del sueño por pesadillas dentro de los grupos etarios y se aprecia que tiene más tendencia a aparecer este tipo de perturbación en las etapas medias de la vida, sin embargo no es significativo.



**Gráfico N° 31**

Distribución porcentual marginal del Componente 5 (C5) Perturbaciones del sueño por despertarse por causa de algún dolor según los grupos etarios de la población indígena encuestada

En el Gráfico N° 31 se presentan gráficamente los porcentajes marginales correspondientes a cada grupo etario según la perturbación del sueño causada por algún tipo de dolor y se evidencia que a pesar de que los mayores porcentajes se inclinan hacia no tener perturbaciones del sueño por esta causa, se aprecia que después de los 40 años de edad hay una ligera tendencia a incrementarse las perturbaciones del sueño por causa de algún dolor.

En la tabla N° 22 se presenta la distribución del Componente 5 (C5) correspondiente a las perturbaciones del sueño según la ocupación que desempeñan los sujetos encuestados y se aprecia que hay diferencias significativas donde los mayores porcentajes afectan a las amas de casa según la prueba Chi cuadrado de ( $p=0,001<0,005$ ). Otra variable que se destaca son los despertares por calor, con mayor incidencia en el grupo de obreros, siendo significativa la relación que según el Chi cuadrado es de ( $p=0,001<0,005$ ).



**Tabla N° 22**  
Distribución porcentual de la Puntuación obtenida por el Componente de perturbación  
extrínseca del sueño (C5) según la ocupación de la población indígena encuestada

PERTURBACIÓN	PUNTOS	Agricultor		Ama Casa		Docente		Enfermera		Estudiante		Obrero		OTROS		Total
Despertares Nocturnos	0	30	7,9%	44	11,5%	5	1,3%	5	1,3%	24	6,3%	26	6,8%	16	6,8%	150
	1	27	7,1%	47	12,3%	5	1,3%	0	0,0%	8	2,1%	17	4,5%	20	4,5%	124
	2	13	3,4%	29	7,6%	4	1,0%	3	0,8%	4	1,0%	12	3,1%	5	3,1%	70
	3	7	1,8%	26	6,8%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,3%	0	0,0%	4	0,0%	38
	Total	77	20,2%	146	38,2%	14	3,7%	8	2,1%	37	9,7%	55	14,4%	45	14,4%	382
PERTURBACIÓN	PUNTOS	Agricultor		Ama Casa		Docente		Enfermera		Estudiante		Obrero		OTROS		Total
Levantarse al baño	0	30	7,8%	51	13,3%	7	1,8%	4	1,0%	26	6,8%	26	6,8%	20	6,8%	164
	1	31	8,1%	58	15,1%	6	1,6%	2	0,5%	7	1,8%	21	5,5%	15	5,5%	140
	2	12	3,1%	28	7,3%	1	0,3%	2	0,5%	3	0,8%	9	2,3%	6	2,3%	61
	3	4	1,0%	9	2,3%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,3%	0	0,0%	4	0,0%	18
	Total	77	20,1%	146	38,1%	14	3,7%	8	2,1%	37	9,7%	56	14,6%	45	14,6%	383
PERTURBACIÓN	PUNTOS	Agricultor		Ama Casa		Docente		Enfermera		Estudiante		Obrero		OTROS		Total
Dificultad para Respirar	0	53	15,4%	94	27,3%	9	2,6%	7	2,0%	28	8,1%	30	8,7%	31	8,7%	252
	1	10	2,9%	28	8,1%	4	1,2%	0	0,0%	4	1,2%	9	2,6%	9	2,6%	64
	2	7	2,0%	11	3,2%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,6%	1	0,3%	2	0,3%	23
	3	1	0,3%	1	0,3%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,3%	0	0,0%	2	0,0%	5
	Total	71	20,6%	134	39,0%	13	3,8%	7	2,0%	35	10,2%	40	11,6%	44	11,6%	344

PERTURBACIÓN	PUNTOS	Agricultor		Ama Casa		Docente		Enfermera		Estudiante		Obrero		OTROS		Total
Despertar por Calor	0	39	10,2%	53	13,9%	6	1,6%	6	1,6%	22	5,8%	16	4,2%	31	4,2%	173
	1	14	3,7%	38	10,0%	3	0,8%	1	0,3%	10	2,6%	12	3,1%	11	3,1%	89
	2	15	3,9%	29	7,6%	4	1,0%	0	0,0%	2	0,5%	14	3,7%	1	3,7%	65
	3	10	2,6%	24	6,3%	1	0,3%	1	0,3%	3	0,8%	14	3,7%	1	3,7%	54
	Total	78	20,5%	144	37,8%	14	3,7%	8	2,1%	37	9,7%	56	14,7%	44	14,7%	381

PERTURBACIÓN	PUNTOS	Agricultor		Ama Casa		Docente		Enfermera		Estudiante		Obrero		OTROS		Total
Despertar Por Frio	0	49	14,0%	75	21,4%	10	2,8%	6	1,7%	21	6,0%	19	5,4%	23	5,4%	203
	1	14	4,0%	34	9,7%	2	0,6%	1	0,3%	11	3,1%	14	4,0%	15	4,0%	91
	2	7	2,0%	17	4,8%	2	0,6%	0	0,0%	1	0,3%	6	1,7%	6	1,7%	39
	3	1	0,3%	11	3,1%	0	0,0%	1	0,3%	2	0,6%	3	0,9%	0	0,9%	18
	Total	71	20,2%	137	39,0%	14	4,0%	8	2,3%	35	10,0%	42	12,0%	44	12,0%	351

PERTURBACIÓN	PUNTOS	Agricultor		Ama Casa		Docente		Enfermera		Estudiante		Obrero		OTROS		Total
Despertarse con Tos	0	43	11,7%	85	23,2%	8	2,2%	5	1,4%	30	8,2%	27	7,4%	27	7,4%	225
	1	16	4,4%	28	7,7%	3	0,8%	0	0,0%	5	1,4%	18	4,9%	11	4,9%	81
	2	10	2,7%	15	4,1%	1	0,3%	1	0,3%	0	0,0%	6	1,6%	4	1,6%	37
	3	6	1,6%	9	2,5%	1	0,3%	1	0,3%	0	0,0%	3	0,8%	3	0,8%	23
	Total	75	20,5%	137	37,4%	13	3,6%	7	1,9%	35	9,6%	54	14,8%	45	14,8%	366

Cont.

PERTURBACIÓN	PUNTOS	Agricultor		Ama Casa		Docente		Enfermera		Estudiante		Obrero		OTROS		Total
Despertar por Pesadillas	0	42	12,2%	75	21,7%	10	2,9%	5	1,4%	29	8,4%	22	6,4%	32	6,4%	215
	1	19	5,5%	34	9,9%	3	0,9%	2	0,6%	4	1,2%	12	3,5%	10	3,5%	84
	2	8	2,3%	16	4,6%	1	0,3%	0	0,0%	3	0,9%	3	0,9%	1	0,9%	32
	3	3	0,9%	6	1,7%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,3%	2	0,6%	2	0,6%	14
	Total	72	20,9%	131	38,0%	14	4,1%	7	2,0%	37	10,7%	39	11,3%	45	11,3%	345
PERTURBACIÓN	PUNTOS	Agricultor		Ama Casa		Docente		Enfermera		Estudiante		Obrero		OTROS		Total
Despertarse por Dolor	0	39	11,0%	62	17,6%	9	2,5%	6	1,7%	26	7,4%	24	6,8%	32	6,8%	198
	1	19	5,4%	36	10,2%	2	0,6%	1	0,3%	6	1,7%	10	2,8%	6	2,8%	80
	2	14	4,0%	23	6,5%	2	0,6%	0	0,0%	2	0,6%	7	2,0%	5	2,0%	53
	3	2	0,6%	15	4,2%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,3%	3	0,8%	1	0,8%	22
	Total	74	21,0%	136	38,5%	13	3,7%	7	2,0%	35	9,9%	44	12,5%	44	12,5%	353

**Tabla N° 23**  
Distribución porcentual marginal del Componente 5 (C5) Perturbación extrínseca del sueño  
según la ocupación de la población indígena encuestada

PERTUR- BACIÓN	Ptos.	Agricultor		Ama de casa		Docente		Enfermera		Estudiante		Obrero		Otros	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Despertar Nocturnos	0	30	<b>39,0%</b>	44	30,1%	5	35,7%	5	<b>62,5%</b>	24	<b>64,9%</b>	26	<b>47,3%</b>	16	35,6%
	1	27	35,1%	47	<b>32,2%</b>	5	<b>35,7%</b>	0	0,0%	8	21,6%	17	30,9%	20	<b>44,4%</b>
	2	13	16,9%	29	19,9%	4	28,6%	3	37,5%	4	10,8%	12	21,8%	5	11,1%
	3	7	9,1%	26	17,8%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,7%	0	0,0%	4	8,9%
Levantarse al baño	0	30	39,0%	51	34,9%	7	50,0%	4	50,0%	26	70,3%	26	46,4%	20	44,4%
	1	31	<b>40,3%</b>	58	<b>39,7%</b>	6	<b>42,9%</b>	2	25,0%	7	18,9%	21	37,5%	15	<b>33,3%</b>
	2	12	15,6%	28	19,2%	1	7,1%	2	25,0%	3	8,1%	9	16,1%	6	13,3%
	3	4	5,2%	9	6,2%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,7%	0	0,0%	4	8,9%
Dificultad para Respirar	0	53	74,6%	94	70,1%	9	69,2%	7	100,0%	28	80,0%	30	75,0%	31	70,5%
	1	10	14,1%	28	20,9%	4	30,8%	0	0,0%	4	11,4%	9	22,5%	9	20,5%
	2	7	9,9%	11	8,2%	0	0,0%	0	0,0%	2	5,7%	1	2,5%	2	4,5%
	3	1	1,4%	1	0,7%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,9%	0	0,0%	2	4,5%
Despertar con Tos	0	43	57,3%	85	62,0%	8	61,5%	5	71,4%	30	85,7%	27	50,0%	27	60,0%
	1	16	21,3%	28	20,4%	3	23,1%	0	0,0%	5	14,3%	18	33,3%	11	24,4%
	2	10	13,3%	15	10,9%	1	7,7%	1	14,3%	0	0,0%	6	11,1%	4	8,9%
	3	6	8,0%	9	6,6%	1	7,7%	1	14,3%	0	0,0%	3	5,6%	3	6,7%
Despertar Por Frio	0	49	69,0%	75	54,7%	10	71,4%	6	75,0%	21	60,0%	19	45,2%	23	52,3%
	1	14	19,7%	34	24,8%	2	14,3%	1	12,5%	11	<b>31,4%</b>	14	33,3%	15	<b>34,1%</b>
	2	7	9,9%	17	12,4%	2	14,3%	0	0,0%	1	2,9%	6	14,3%	6	13,6%
	3	1	1,4%	11	8,0%	0	0,0%	1	12,5%	2	5,7%	3	7,1%	0	0,0%

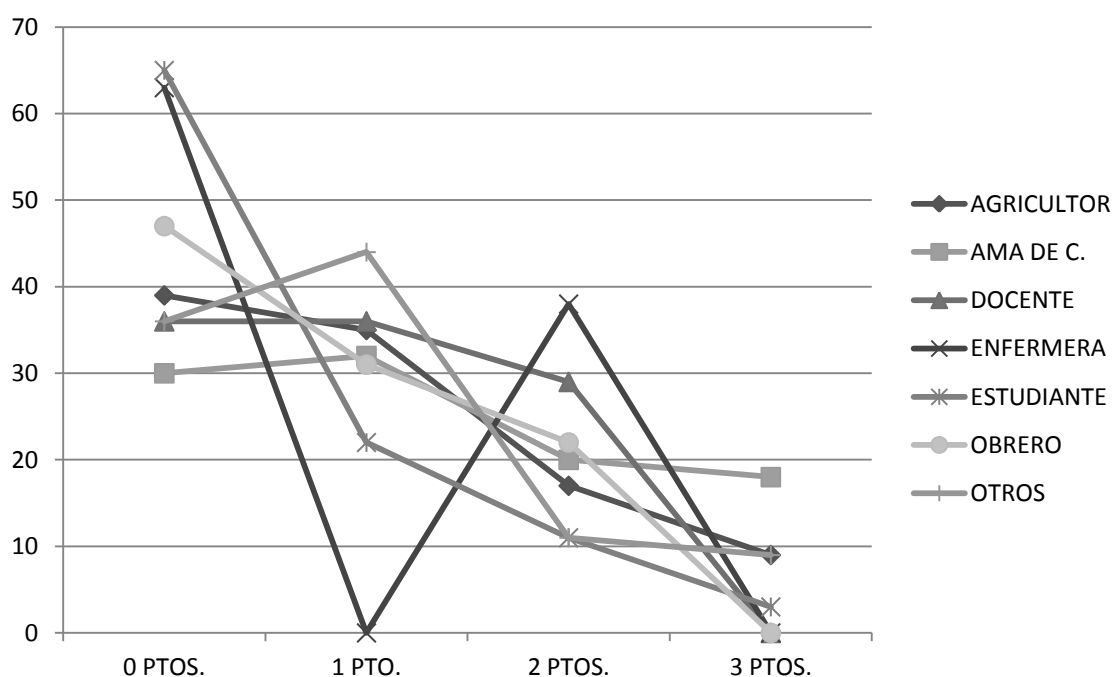
Cont.

Despertar por Calor	0	39	50,0%	53	36,8%	6	42,9%	6	75,0%	22	59,5%	16	28,6%	31	70,5%
	1	14	17,9%	38	26,4%	3	21,4%	1	12,5%	10	27,0%	12	21,4%	11	25,0%
	2	15	19,2%	29	20,1%	4	28,6%	0	0,0%	2	5,4%	14	25,0%	1	2,3%
	3	10	12,8%	24	16,7%	1	7,1%	1	12,5%	3	8,1%	14	25,0%	1	2,3%
Despertar por Pesadillas	0	42	58,3%	75	57,3%	10	71,4%	5	71,4%	29	78,4%	22	56,4%	32	71,1%
	1	19	26,4%	34	26,0%	3	21,4%	2	<b>28,6%</b>	4	10,8%	12	30,8%	10	22,2%
	2	8	11,1%	16	12,2%	1	7,1%	0	0,0%	3	8,1%	3	7,7%	1	2,2%
	3	3	4,2%	6	4,6%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,7%	2	5,1%	2	4,4%
Despertar por Dolor	0	39	52,7%	62	45,6%	9	69,2%	6	85,7%	26	74,3%	24	54,5%	32	72,7%
	1	19	25,7%	36	26,5%	2	15,4%	1	14,3%	6	17,1%	10	22,7%	6	13,6%
	2	14	18,9%	23	16,9%	2	15,4%	0	0,0%	2	5,7%	7	15,9%	5	11,4%
	3	2	2,7%	14	10,3%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,9%	3	6,8%	1	2,3%

En la Tabla N° 23 se presentan los porcentajes marginales de las perturbaciones del sueño según la ocupación y se aprecia que los estudiantes y las enfermeras tiene un comportamiento diferente al resto de las ocupaciones, en cuanto a los despertares nocturnos, con una diferencia significativa donde el 65% no presentan esta perturbación nunca por otra parte se aprecia que las amas de casa en un mayor porcentaje presentan despertares nocturnos al menos 1 vez por semana, siendo estadísticamente significativo bajo una Chi cuadrado de ( $p=0,001<0,005$ ).

En cuanto a la perturbación del sueño por la necesidad de ir al baño por lo menos 1 vez por semana, es la que más afecta a la mayoría de las ocupaciones como son: los agricultores, los docentes, los obreros, otros no clasificables y amas de casa. Las enfermeras se ven afectadas por despertarse a causa de pesadillas hasta 2 veces por semana, mientras que para los estudiantes y los “otros” despertarse por frío fue la perturbación más frecuente.

En cuanto a perturbaciones del sueño por el calor destaca que el obrero tiene mayor porcentaje de perturbaciones desde 1 a tres veces por semana con porcentajes entre 20 y 25%.



**Gráfico N° 32**

Distribución de frecuencia de los porcentajes marginales del Componente 5 (C5) por despertares nocturnos según la ocupación que desempeña la población indígena encuestada

En el Gráfico N° 32 se aprecia la elevada tendencia que presenta la puntuación de 0 puntos en todas las categorías, prevaleciendo las enfermeras y los estudiantes por encima del resto de las ocupaciones. Asimismo la puntuación de 3 presentó los más bajos porcentajes. Los integrantes de las categoría “otros” presentaron los

mayores porcentajes en despertarse una vez por semana con porcentajes medianamente elevados en las categorías de 2 y 3 puntos conjuntamente con las amas de casa.

**Tabla N° 24**  
Distribución porcentual de la Puntuación obtenida por el  
Componente de perturbación extrínseca del sueño (C5) según  
la región geográfica de la población indígena encuestada

REGION GEOGRÁFICA								
PERTURBACIÓN EXTRINSECA	PUNTOS	GUAYANA (1)		LLANOS (2)		OCCIDENTE (3)		Total
		f	%	f	%	f	%	
Despertares Nocturnos	0	64	16,7%	47	12,3%	39	10,2%	150
	1	49	12,8%	55	14,4%	21	5,5%	125
	2	26	6,8%	33	8,6%	11	2,9%	70
	3	20	5,2%	17	4,4%	1	0,3%	38
	Total	159	41,5%	152	39,7%	72	18,8%	383
Levantarse al baño	0	78	20,3%	50	13,0%	37	9,6%	165
	1	52	13,5%	58	15,1%	30	7,8%	140
	2	20	5,2%	37	9,6%	4	1,0%	61
	3	9	2,3%	8	2,1%	1	0,3%	18
	Total	159	41,4%	153	39,8%	72	18,8%	384
Dificultad para Respirar	0	120	34,8%	75	21,7%	57	16,5%	252
	1	24	7,0%	28	8,1%	13	3,8%	65
	2	13	3,8%	9	2,6%	1	0,3%	23
	3	2	0,6%	2	0,6%	1	0,3%	5
	Total	159	46,1%	114	33,0%	72	20,9%	345
Despertarse con Tos	0	102	27,8%	72	19,6%	51	13,9%	225
	1	32	8,7%	34	9,3%	15	4,1%	81
	2	15	4,1%	18	4,9%	5	1,4%	38
	3	10	2,7%	12	3,3%	1	0,3%	23
	Total	159	43,3%	136	37,1%	72	19,6%	367
Despertar por Frio	0	87	24,7%	67	19,0%	49	13,9%	203
	1	40	11,4%	33	9,4%	19	5,4%	92
	2	20	5,7%	15	4,3%	4	1,1%	39
	3	11	3,1%	7	2,0%	0	0,0%	18
	Total	158	44,9%	122	34,7%	72	20,5%	352

Despertar por Calor	0	86	22,5%	36	9,4%	52	13,6%	174
	1	39	10,2%	36	9,4%	14	3,7%	89
	2	22	5,8%	37	9,7%	6	1,6%	65
	3	11	2,9%	43	11,3%	0	0,0%	54
	Total	158	41,4%	152	39,8%	72	18,8%	382
Despertar por Pesadillas	0	91	26,3%	74	21,4%	50	14,5%	215
	1	43	12,4%	25	7,2%	17	4,9%	85
	2	18	5,2%	10	2,9%	4	1,2%	32
	3	7	2,0%	7	2,0%	0	0,0%	14
	Total	159	46,0%	116	33,5%	71	20,5%	346
Despertarse por Dolor	0	97	27,4%	53	15,0%	49	13,8%	199
	1	29	8,2%	37	10,5%	14	4,0%	80
	2	27	7,6%	18	5,1%	8	2,3%	53
	3	6	1,7%	16	4,5%	0	0,0%	22
	Total	159	44,9%	124	35,0%	71	20,1%	354

En la Tabla N° 24 se distribuyen por regiones geográficas las puntuaciones correspondientes al Componente 5 (C5) y se detecta que existe relación significativa entre la región (2) Llanos ya que muestran mayores niveles de despertares nocturnos con una Chi cuadrado de ( $p=0,013<0,05$ ). También destaca el de despertarse para ir al baño, la cual presentó similar relación significativa, seguida por el calor y el dolor en la misma región (2).

En la Tabla N° 25 se presenta la distribución marginal de las perturbaciones del sueño del Componente 5 (C5) donde se aprecia que la región de los Llanos presenta más perturbaciones entre sus habitantes que el resto de las regiones geográficas, viéndose afectados por 5 perturbaciones que les ocurren hasta tres veces por semana, a saber: Levantarse para el baño(5%), tos (9%), pesadillas (6%) y dolores (12%), siendo el calor (28%)el que los afecta en mayor porcentaje.

Los habitantes de la región de Guayana también se ven afectados por perturbaciones que les ocurren hasta tres veces por semana, a saber: levantarse al baño, tos, frío y pesadillas en porcentajes muy bajos que van de (4% al 7%) de sus habitantes. Mientras que la región que presenta menos perturbaciones es



Occidente. Existiendo relación estadísticamente significativa porque el Chi cuadrado arroja ( $p=0,001<0,005$ ).

**Tabla N° 25**  
Distribución porcentual marginal del Componente (C5)  
perturbación extrínseca del sueño según la región geográfica que habita  
la población indígena encuestada

PERTURBACIÓN	PTOS	REGION GEOGRAFICA							
		GUAYANA		LLANOS		OCCIDENTE		TOTAL	
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
		f	%	f	%	f	%	f	%
Despertares Nocturnos	0	64	40,3%	47	30,9%	39	54,2%	150	39,2%
	1	49	30,8%	55	36,2%	21	29,2%	125	32,6%
	2	26	16,4%	33	21,7%	11	15,3%	70	18,3%
	3	20	12,6%	17	11,2%	1	1,4%	38	9,9%
Levantarse al baño	0	78	49,1%	50	32,7%	37	51,4%	165	43,0%
	1	52	32,7%	58	37,9%	30	41,7%	140	36,5%
	2	20	12,6%	37	24,2%	4	5,6%	61	15,9%
	3	<b>9</b>	<b>5,7%</b>	<b>8</b>	<b>5,2%</b>	1	1,4%	18	4,7%
Dificultad para Respirar	0	120	75,5%	75	65,8%	57	79,2%	252	73,0%
	1	24	15,1%	28	24,6%	13	18,1%	65	18,8%
	2	13	8,2%	9	7,9%	1	1,4%	23	6,7%
	3	2	1,3%	2	1,8%	1	1,4%	5	1,4%
Despertarse con Tos	0	102	64,2%	72	52,9%	51	70,8%	225	61,3%
	1	32	20,1%	34	25,0%	15	20,8%	81	22,1%
	2	15	9,4%	18	13,2%	5	6,9%	38	10,4%
	3	<b>10</b>	<b>6,3%</b>	<b>12</b>	<b>8,8%</b>	1	1,4%	23	6,3%
Despertar por Frio	0	87	55,1%	67	54,9%	49	68,1%	203	57,7%
	1	40	25,3%	33	27,0%	19	26,4%	92	26,1%
	2	20	12,7%	15	12,3%	4	5,6%	39	11,1%
	3	<b>11</b>	<b>7,0%</b>	7	5,7%	0	0,0%	18	5,1%
Despertar por Calor	0	86	54,4%	36	23,7%	52	72,2%	174	45,5%
	1	39	24,7%	36	23,7%	14	19,4%	89	23,3%
	2	22	13,9%	37	24,3%	6	8,3%	65	17,0%
	3	11	7,0%	<b>43</b>	<b>28,3%</b>	0	0,0%	54	14,1%
Despertar por Pesadillas	0	91	57,2%	74	63,8%	50	70,4%	215	62,1%
	1	43	27,0%	25	21,6%	17	23,9%	85	24,6%
	2	18	11,3%	10	8,6%	4	5,6%	32	9,2%
	3	<b>7</b>	<b>4,4%</b>	<b>7</b>	<b>6,0%</b>	0	0,0%	14	4,0%
Despertarse por Dolor	0	97	61,0%	53	42,7%	49	69,0%	199	56,2%
	1	29	18,2%	37	29,8%	14	19,7%	80	22,6%
	2	27	17,0%	18	14,5%	8	11,3%	53	15,0%
	3	6	3,8%	<b>15</b>	<b>12,1%</b>	0	0,0%	21	5,9%

**Tabla N° 26**  
Distribución porcentual Marginal de la Puntuación de las Perturbaciones  
Extrínsecas del sueño (C5) en la población indígena encuestada

Perturbaciones	TOTAL	0	1	2	3	PUNTOS				
Despertares nocturnos	383	150	39,2%	125	32,6%	70	18,3%	38	9,9%	0,99
Levantarse al baño	384	165	43,0%	140	36,5%	61	15,9%	18	4,7%	0,82
Dificultad para respirar	345	252	73,0%	65	18,8%	23	6,7%	5	1,4%	0,37
Tos	367	225	61,3%	81	22,1%	38	10,4%	23	6,3%	0,62
Frio	352	203	57,7%	92	26,1%	39	11,1%	18	5,1%	0,64
Calor	382	174	45,5%	89	23,3%	65	17,0%	54	14,1%	1,00
Pesadillas	346	215	62,1%	85	24,6%	32	9,2%	14	4,0%	0,55
Dolores	353	199	56,4%	80	22,7%	53	15,0%	21	5,9%	0,71
Promedio	359	51.4%	51.4%	95	26,5%	48	13,4%	24	6,7%	5,68

En la Tabla N° 26 se presenta la puntuación del PSQI de las perturbaciones extrínsecas del sueño en la población general encuestada, en ésta se aprecia que (51%) de ésta, no ve perturbado su sueño por causa alguna, (25%) ve perturbado su sueño por lo menos una vez por semana por alguna causa extrínseca, (12%) hasta 2 veces por semana y (6%) hasta más de tres veces por semana.

### ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DEL COMPONENTE 5 (C5)

En la población general encuestada, se aprecia que la mayoría de la población no refiere perturbaciones del sueño.

El porcentaje marginal del (C5) detecta que existe relación entre la variable Género y el Despertarse en mitad de la noche, destacando que el género femenino ve perturbado su sueño con despertares nocturnos de hasta 3 veces por semana en

(13,7%), mientras que esta eventualidad se ve en (5,4%) del género masculino. La afectación que provoca despertares nocturnos de hasta tres veces por semana fue “el calor”, con porcentajes de 12% en los hombres y 16% para las mujeres.

Según la prueba del Chi cuadrado se obtuvo ( $p=0,039<0,05$ ) lo que indica una relación significativa entre el género y los despertares nocturnos con una relación leve de V de Cramer de (0,148 con una  $p=0,039<0,05$ ). En cuanto a los grupos etarios se evidencia que del grupo de 10 a 20 años, el (9%) respondió no presentar despertares nocturnos, asimismo el grupo de 21 a 30 años el 12% correspondió a no tener despertares nocturnos.

En la década de 31 a 40 años el (8%) correspondió a despertarse por lo menos 1 vez por semana respecto del (7%) que refiere no presentar despertares nocturnos. A partir de los 41 años en adelante se aprecian porcentajes cada vez menores. La afectación por despertares nocturnos hasta 3 veces por semana se presentó solamente entre el (1,3%) y (2,4%) de los casos, correspondiendo el mayor porcentaje a la década de 21 a 30 años.

Según la Chi cuadrado se desprende ( $p=0,16 <0,05$ ), asimismo el despertarse por Tos y el dolor se ve incrementado progresivamente con la edad, en el caso de la tos se encuentra una Chi cuadrado de ( $p=0,00 <0,05$ ) y en el caso de despertares por dolores ( $p=0,007<0,05$ ).

De tal manera que el porcentaje marginal de los despertares nocturnos según los grupos etarios evidencia que a medida que se avanza en edad hay menos perturbaciones por despertares nocturnos hasta el grupo de 31 a 40 años, apreciándose una elevación progresiva a medida que se avanza en edad a partir del grupo de 41 a 50 años hasta más de 70. Probablemente por las variadas patologías que usualmente afectan a esos grupos etario.

No hay mayores diferencias dentro de cada grupo etario, en cuanto a perturbaciones del sueño por tener que levantarse para ir al baño y los mayores

porcentajes corresponden con la puntuación de **nunca=0**. Lo mismo sucede con la dificultad para respirar, donde no hay diferencias significativas.

En cuanto a las perturbaciones del sueño por causa de la tos se evidencia una tendencia a incrementarse la frecuencia de esta perturbación con la edad especialmente a partir del grupo etario por encima de los 40 años. La Chi cuadrado demuestra que hay relación con una  $(p=0,00 < 0,05)$  con una V de Cramer (0,215 para una  $p=0,00 < 0,05$ )

Dentro de los grupos etarios ocurre una caída de los porcentajes en la puntuación **nunca=0** a partir de los 31 a 40 años, pero que no es significativa y solo se aprecia la tendencia hacia un leve incremento de 1 vez por semana a partir de los 40 años. Existe además una leve tendencia hacia el alza en la frecuencia de todas las puntuaciones a medida que aumenta la edad.

La perturbación del sueño por pesadillas tiene más tendencia a aparecer en las etapas medias de la vida, sin embargo no es significativo. Los porcentajes marginales correspondientes a cada grupo etario según la perturbación por algún tipo de dolor. A pesar de que los mayores porcentajes se inclinan hacia no tener perturbaciones del sueño por esta causa, se aprecia que después de los 40 años de edad hay una ligera tendencia a incrementarse.

En cuanto a la Ocupación, se aprecia la elevada tendencia que presenta la puntuación de 0 puntos en todas las categorías, prevaleciendo las enfermeras y los estudiantes por encima del resto de las ocupaciones. Asimismo la puntuación de 3 presento los más bajos porcentajes. Los integrantes de las categorías no clasificadas (Otros) presentaron los mayores porcentajes al despertarse una vez por semana con porcentajes medianamente elevados en las categorías de 2 y 3 puntos junto a las amas de casa.

En las regiones geográficas las puntuaciones correspondientes al Componente 5 (C5) se aprecia que existe relación significativa entre la región (2) de Los Llanos con las variables de perturbación, ya que muestran mayores

niveles de despertares nocturnos con una Chi cuadrado de ( $p=0,013<0,05$ ). La variable que destaca es la de ir al baño, con similar relación significativa, seguidas por el calor y el dolor en relación a la misma región (2).

La distribución marginal revela que la región (2) Llanos presenta más perturbaciones entre sus habitantes que el resto de las regiones geográficas, viéndose afectados por 5 perturbaciones que les ocurren hasta tres veces por semana, a saber: Levantarse para el baño (5%), tos (9%), pesadillas (6%) y dolores (12%), siendo el calor (28%) el que los afecta en mayor porcentaje.

Los habitantes de la región de Guayana también se ven afectados por perturbaciones que les ocurren hasta tres veces por semana, a saber: levantarse al baño, tos, frío y pesadillas en porcentajes muy bajos que van de (4% al 7%) de sus habitantes. Mientras que la región que presenta menos perturbaciones es Occidente. Existe una relación estadísticamente significativa porque el Chi cuadrado arroja ( $p=0,001<0,005$ ).

En cuanto a la perturbación del sueño por la necesidad de ir al baño, son los estudiantes los que se comportan diferentes al resto de las ocupaciones, donde el 70% de los sujetos nunca se despiertan para ir al baño.

Se detecta que existe relación significativa entre la región (2) Apure y Barinas con las variables de perturbación en cuanto a que muestran mayores niveles de despertares nocturnos con una Chi cuadrado de ( $p=0,013<0,05$ ). Otra variable que destaca es la de despertarse para ir al baño, la cual presentó similar relación significativa, seguidas por el calor y el dolor en relación a la misma región (2).

La distribución marginal de las perturbaciones del sueño entre los encuestados de la región Los Llanos (2) se comportan diferentes a Occidente (3) en cuanto a despertarse en mitad de la noche, o para ir al baño así como también por el calor o por sentir dolor presentando mayor frecuencia con respecto a la

región Guayana (1). Esto es estadísticamente significativo porque el Chi cuadrado arroja ( $p=0,001<0,005$ ).

## **PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL COMPONENTE 6 (C6): Uso de medicación hipnótica.**

Este componente corresponde al “uso de medicación hipnótica para dormir” por parte del sujeto. En el cuestionario se encuentra ubicado en la pregunta N° 6. ¿Con que frecuencia ha tenido que tomar medicamentos prescritos para dormir? Y las alternativas de respuestas para su puntuación fueron:

No las ha necesitado = 0 puntos; Menos de una vez por semana = 1 punto; 1 a 2 veces por semana = 2 puntos; mas de tres veces por semana =3 puntos.

En cuanto a este componente se utilizó la prescripción no solamente por facultativos, ya que estas poblaciones carecen en su mayoría de asistencia médica y mucho menos especializada, por lo cual se consideró cualquier brebaje o sustancia consumida con la intención de propiciar el sueño, bien sea recomendado por chamanes o por familiares o vecinos.

Los resultados obtenidos por este componente en relación a las cuatro variables estudiadas se presentan a continuación:

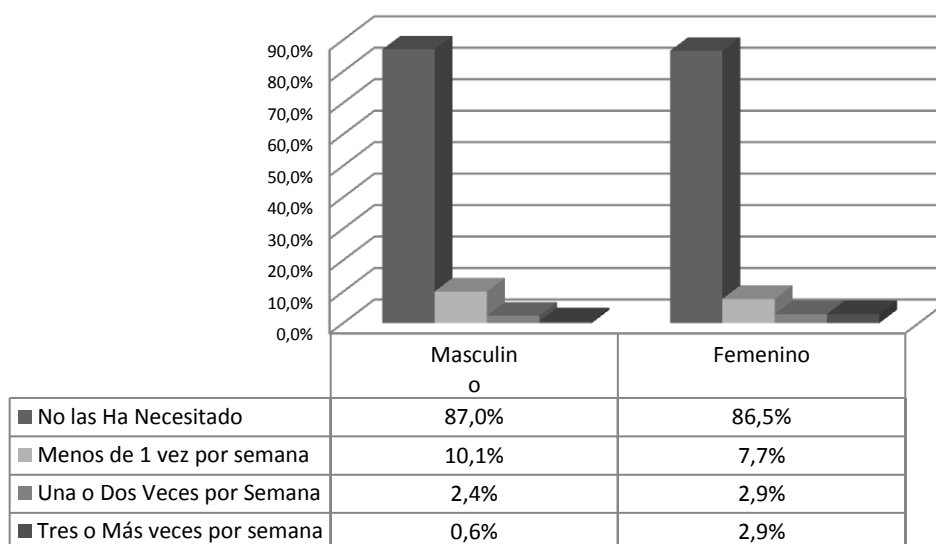
**Tabla N° 27**  
Distribución porcentual de la Puntuación obtenida por el Componente (C6) uso de medicación hipnótica para dormir, según el género de la población indígena encuestada

GENERO	SUB TOTAL		C6 MEDICACION HIPNÓTICA PUNTUACIÓN							
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
FEMENINO	208	55.2%	180	47.7%	16	4.2%	6	1.6%	6	1.6%
MASCULINO	169	44.8%	147	39%	17	4.5%	4	1.1%	1	0,3%
TOTAL	377	100%	327	86.7%	33	8.7%	10	2.7%	7	1.8%

En la Tabla N° 27 se aprecia que (87%) de la población no utiliza medicación para dormir. En cuanto al género se evidencia que el mayor porcentaje corresponde a la población femenina (48%), seguida por el (39%) de la población masculina. Aparece un pequeño grupo (17%) de la población con mayor tendencia en las mujeres (12%), que han requerido de sustancias para dormir entre 2 y 3 o más veces por semana. No existiendo relación significativa entre el género y la ingesta de medicación para dormir, demostrado por la Chi cuadrado es de ( $p=0,343>0,05$ ).

En el Gráfico N° 33 se presentan los porcentajes marginales relacionados con el uso de medicación dentro de cada género y es contundente el elevado porcentaje que reflejan ambos géneros en responder que no es utilizada la medicación hipnótica para dormir, y en aquellos sujetos que la han requerido ha sido en muy bajo porcentaje sin sustanciales diferencias entre géneros.

Sin embargo no se deben perder de vista el pequeño grupo de personas que dentro de cada género si han requerido medicación hipnótica para dormir alguna vez por semana (13%) entre los hombres e igual porcentaje entre las mujeres.



**Gráfico N° 33**

Distribución porcentual marginal del componente N° 6 (C6)  
Uso de medicación hipnótica según el género de la población indígena encuestada

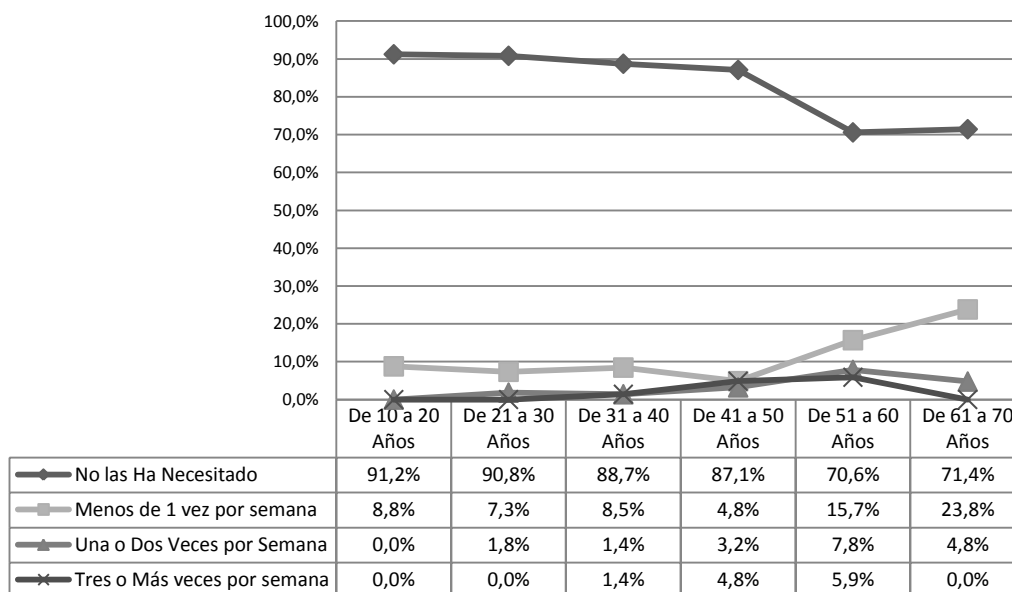
En el Gráfico N° 33 se presentan los porcentajes marginales relacionados con el uso de medicación dentro de cada género y es contundente el elevado porcentaje que reflejan ambos géneros en responder que no es utilizada la medicación hipnótica para dormir, y en aquellos sujetos que la han requerido ha sido en muy bajo porcentaje sin sustanciales diferencias entre géneros.

**Tabla N° 28**  
Distribución porcentual de la Puntuación obtenida por el Componente (C6) uso de medicación hipnótica para dormir, por grupo etario de la población indígena encuestada

GRUPOS ETARIOS	SUB TOTAL		C6 MEDICACION HIPNOTICA PUNTUACIÓN							
			0		1		2		3	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
10- 20	57	15.1%	52	13.7%	5	1.3%	0		0	
21-30	109	28.8%	99	26.1%	8	2.1%	2	0.5%	0	
31-40	71	18.7%	63	16.6%	6	1.6%	1	0.3%	0	
41-50	62	16.1%	54	14.2%	3	0.8%	2	0.5%	3	0.8%
51-60	51	13.5%	36	9.5%	8	2.1%	4	1.1%	3	0.8%
61-70	21	5.5%	15	3.9%	5	1.3%	1	0.3%	0	
< 70	9	2.2%	9	2.4%	0		0		0	
<b>TOTAL</b>	<b>380</b>	<b>100%</b>	<b>328</b>	<b>86.3%</b>	<b>35</b>	<b>9.2%</b>	<b>10</b>	<b>2.6%</b>	<b>7</b>	<b>1.8%</b>

En la Tabla N° 28 se presentan los resultados del uso de medicación hipnótica para dormir por parte de la población general según los grupos etarios y se evidencia el elevado porcentaje de (86%) que respondieron no requerirla. Presentándose en un (4%) de sujetos que si la requirieron entre 2 y más de 3 veces por semana, ubicados en su mayoría en el grupo etario de 41 a 60 años.





**Gráfico N° 34**

Distribución porcentual marginal del componente N° 6 (C6) Uso de medicación hipnótica según los grupos etarios de la población indígena encuestada

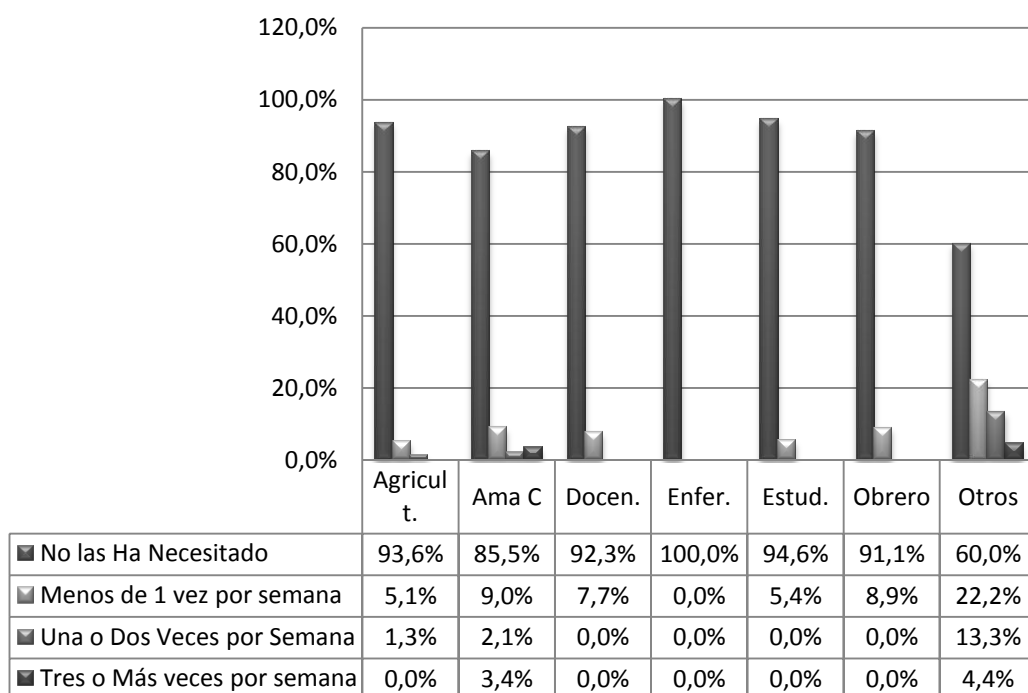
En el Gráfico N° 34 se aprecian los porcentajes marginales según los grupos etarios en cuanto a la necesidad del uso de medicación hipnótica para dormir, destacándose que en todos los grupos etarios predomina el no requerir de medicación hipnótica para dormir. Se evidencia cierta tendencia a elevarse el uso de medicación para dormir entre los 41 a 60 años (16%) hasta los 70 (24%) pero nunca más de una vez por semana. Mientras que el uso más frecuente de medicación queda reducida a un muy bajo porcentaje (6%) en el grupo de 50 a 60 años.

La prueba Chi cuadrado arroja que existe relación entre los grupos etarios y el consumo de medicamentos para dormir con una confiabilidad del 95% ( $p=0,023 < 0,05$ ), mientras que el coeficiente Gamma de correlación indica la presencia de relación positiva y que a medida que aumenta la edad, se incrementan los sujetos que requieren de medicación para dormir. (Gamma=0,302,  $p= 0,003 < 0,05$ ).

**Tabla N° 29**  
Distribución porcentual de la Puntuación obtenida por el Componente  
(C6) uso de medicación hipnótica para dormir, según la ocupación  
de la población indígena encuestada

OCUPACIÓN	SUB TOTAL		C6 MEDICACION HIPNOTICA PUNTUACIÓN							
			0		1		2		3	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
AGRUCULTOR	78	20.5%	73	19.2%	4	1.1%	1	0.3%	0	
AMA DE CASA	145	38,2%	124	32.6%	13	3.4%	3	0.8%	5	1.3%
DOCENTE	13	3.4%	12	3.2%	1	0.3%	0		0	
ENFERMERA	6	1,6%	6	1.6%	0		0		0	
ESTUDIANTE	37	9.7%	35	9.2%	2	0.5%	0		0	
OBRERO	56	14.7%	51	13.4%	5	1.3%	0		0	
OTROS	45	11.8%	27	7.1%	10	2.6%	6	1.6%	2	0.5%
TOTAL	380	100%	328	86.3%	35	9.2%	10	1.8%	7	1.8%

En cuanto al uso de medicación para dormir que se presenta en la Tabla N° 29, según la ocupación que desempeña la población, se repite como en las variables anteriores que el mayor porcentaje de la población (86%) no la ha requerido, al igual que en aproximadamente un 4% de la población si la requirieron entre 2 y más de 3 veces por semana, población con posibles trastornos del sueño, correspondiente mayormente a amas de casa y la categoría de otras ocupaciones.



**Gráfico N° 35**

Distribución porcentual marginal del componente N° 6 (C6) Uso de medicación hipnótica según la ocupación de la población indígena encuestada

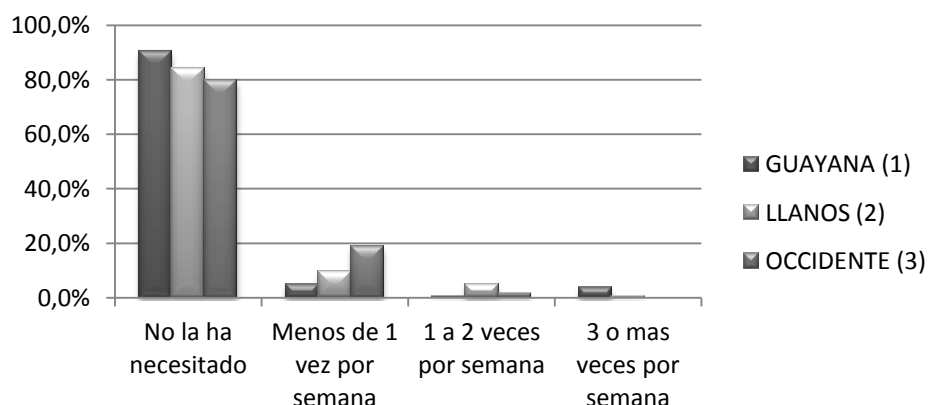
En el Gráfico N° 35 se presenta la distribución marginal del uso de medicación hipnótica según la ocupación y se aprecia un comportamiento muy similar a los anteriores en cuanto a que no han necesitado medicación para dormir en la gran mayoría de la población, llamando la atención que las enfermeras en su totalidad consideran que no requieren medicación alguna. El grupo de “otras ocupaciones” (no clasificables) presenta un uso decreciente de la medicación entre menos de una vez por semana hasta tres veces por semana.

Según la prueba de Chi cuadrado se aprecia que existe relación entre las ocupaciones y el consumo de medicamentos para dormir con una confiabilidad del 95% ( $p=0,000 < 0,05$ ), mientras que el coeficiente Gamma de correlación indica la presencia de relación positiva (Gamma=0,302,  $p=0,003 < 0,05$ ). Esta diferencia significativa se enfatiza principalmente por los resultados obtenidos en la opinión “Tres o Más Veces”, donde existieron muchas celdas vacías en diversos niveles de ocupaciones

**Tabla N° 30**  
Distribución porcentual de la puntuación obtenida por el Componente  
(C6) uso de medicación hipnótica para dormir, por región geográfica  
de la población indígena encuestada

REGION GEOGRÁFICA	SUB TOTAL		(C6) USO DE MEDICACION HIPNOTICA							
			0		1		2		3	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
(1) GUAYANA	158	41,5%	143	37,5%	8	21.1%	1	0.3%	6	1.6%
(2) LLANOS	154	40,4%	130	34,1%	15	3.9%	8	2.1%	1	0.3%
(3) OCCIDENTE	69	18,1%	55	14,4%	13	3.4%	1	0.3%	0	
TOTAL	381	100%	328	86.1%	36	9.4%	10	2.6%	7	1.9%

En cuanto al uso de medicación para dormir que se presenta en la Tabla N° 30, según la ubicación geográfica donde habitan, se reproducen las cifras de frecuencia de las variables anteriores en las cuales el mayor porcentaje de la población general (86%) no la ha requerido. Cabe destacar que un bajo porcentaje (6%) de la población si la requirió entre 2 y más de 3 veces por semana en la región de los Llanos (2).



**Gráfico N° 36**  
Distribución porcentual marginal del componente N° 6 (C6) Uso de  
medicación hipnótica según la región geográfica en la que habita

En el Gráfico N° 36 se presenta la tendencia de los porcentajes marginales en cuanto al uso de medicación para dormir de los sujetos encuestados, según el área geográfica en la que habitan. Se evidencia que en cada región el porcentaje más elevado corresponde a la respuesta de que “no la han necesitado”.

El resto de las alternativas respondidas en la región Occidente (3) hay un bajo porcentaje (19%) que refieren haberla usado menos de 1 vez por semana y dentro de la región geográfica los Llanos hay un porcentaje del (5,2%) que la ha necesitado entre 1 y 2 veces por semana, mientras que el porcentaje más elevado (3,8%) de requerirla más de 3 veces por semana se encuentra en el grupo de Guayana (1).

El test de Chi cuadrado arroja que existe una relación entre las regiones geográficas y el Componente (6) con una confiabilidad del 95%, ( $p=0,001<0,05$ ), mientras que el coeficiente V de Cramer de correlación indica una relación medianamente importante entre ambas variables, ( $V \text{ de Cramer}=0,173$ ,  $p=0,001 < 0,05$ ).

#### **ANALISIS DE LOS RESULTADOS DEL COMPONENTE 6 (C6) Uso de medicación hipnótica.**

Es contundente el elevado porcentaje que reflejan todas las variables en cuanto a no requerir medicación hipnótica para dormir. Más detalladamente se vale mencionar que en cuanto al género, aquellos sujetos que la han requerido ha sido en muy bajo porcentaje sin sustanciales diferencias.

En cuanto a los grupos etarios predomina la no utilización de medicación hipnótica para dormir en todas las edades. Se evidencia cierta tendencia a elevarse el uso de medicación para dormir entre los 41 a 60 años (16%) hasta los 70 (24%) pero nunca más de una vez por semana. Mientras que el uso más frecuente de

medicación queda reducida a un muy bajo porcentaje (6%) en el grupo de 50 a 60 años.

En relación con la ocupación se detecta que las enfermeras en su totalidad consideran que no usan medicación alguna. El grupo de “otras ocupaciones” destaca con mayor uso de medicación para dormir y presenta un uso decreciente de la medicación entre menos de una vez por semana hasta tres veces por semana. Con (35%) que la ha usado entre menos de 1 y 2 veces por semana y (4%) más de tres veces por semana.

En cuanto a la región geográfica se apreció que la mayoría respondió que no usan medicación hipnótica. La región Occidente (3) presenta un (19%) que refiere haberla necesitado menos de 1 vez semanal y dentro de la región Los Llanos (2) hay un porcentaje del (5,2%) que la ha necesitado entre 1 y 2 veces por semana, mientras que el porcentaje más elevado de requerir medicación más de 3 veces por semana se encuentra en el grupo de Guayana (1) con (2%).

## **PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL COMPONENTE 7 (C7): Disfunción diurna.**

El Componente 7 (C7), corresponde a la Disfunción diurna, o sea a las repercusiones que se pudieran presentar durante el día como consecuencia de algún trastorno del sueño. Para su medición se utilizaron dos preguntas:

La pregunta (P7a): Durante el último mes ¿Ha tenido problemas para mantenerse despierto mientras realiza sus labores habituales?

Las alternativas de respuesta fueron: Nunca = 0 puntos; Menos de 1 vez por semana = 0; de 1 a 2 veces por semana = 2 puntos; Más de 3 veces por semana = 3 puntos.

La pregunta (P7b): Durante el último mes ¿Ha tenido problemas para mantener el entusiasmo en hacer sus labores habituales?

Las alternativas de respuesta fueron: Nunca = 0 puntos; Menos de 1 vez por semana = 1; de 1 a 2 veces por semana = 2 puntos; Más de 3 veces por semana = 3 puntos.

El cálculo de este componente se realiza sumando las puntuaciones obtenidas en ambas preguntas: (P7a) + (P7b), siendo la equivalencia del resultado así:

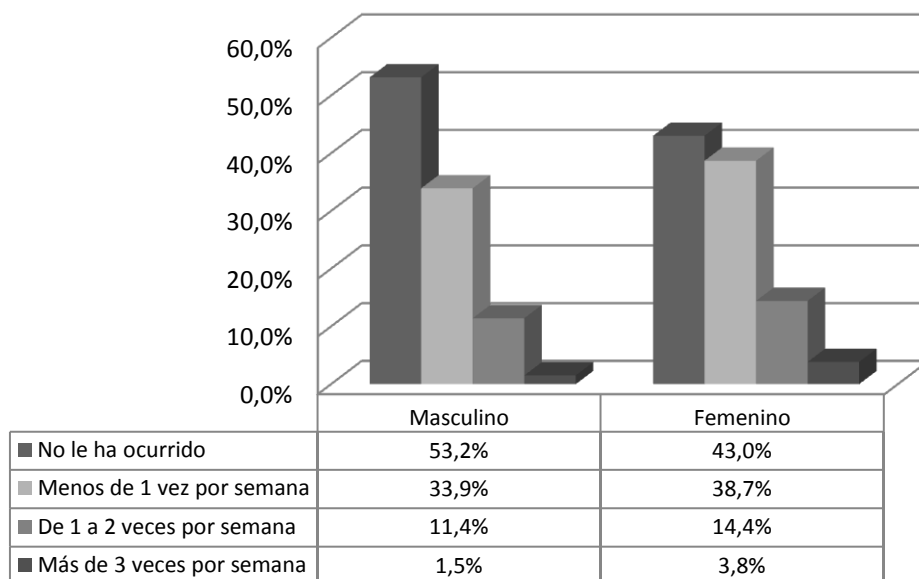
Si el resultado es 0 la puntuación será 0, si el resultado es entre 1 y 2 la puntuación será 1, entre 3 y 4 la puntuación será 2 y si el resultado está entre 5 y 6 la puntuación será 3.

Los resultados de este componente se presentan a continuación:

**Tabla N° 31**  
Distribución porcentual de la puntuación obtenida por el Componente (C7)  
Disfunción diurna, según el género de la población indígena encuestada

GENERO	SUB GRUPO		DISFUNCIÓN DIURNA (P7a)+(P7b)							
			0		1		2		3	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
FEMENINO	416	55,5%	179	47.8%	161	43%	60	16%	16	4.3%
MASCULINO	333	44,5%	177	47.3%	113	30.2%	38	10.2%	5	1.3%
TOTAL	749	100%	356	47,5%	274	36,6%	98	13,1%	21	2,8%

En la Tabla N° 31 se expresan las frecuencias con las cuales los sujetos presentaron disfunción diurna, apreciándose que al (48%), no le ha ocurrido, y se aprecian porcentajes similares entre ambos géneros de (47%). En la población restante se detecta que en el género femenino presenta una mayor tendencia a sufrir de disfunción diurna, desde una o dos veces y hasta más de tres por semana.



**Gráfico N° 37**

Distribución porcentual marginal del Componente 7(C7) Disfunción diurna según el género de la población indígena encuestada

**Fuente:** Instrumento Aplicado (Colliva, 2008-2010).

En el Gráfico N° 37 se evidencia que no hay diferencia significativa entre ambos géneros de la población encuestada apreciándose siempre que la mayoría de la población no presenta disfunción diurna, (53%) de los hombres y (43%) de las mujeres. Los que la padecen les ocurre menos de 1 vez por semana (34%) en los hombres y (39%) en las mujeres. La tendencia es decreciente en los índices en las variables entre 2 y 3 veces por semana. Según el Chi cuadrado, no existe relación entre las variables, aportando un valor de ( $p=0,092>0,05$ ).

En la Tabla N° 32 se presenta la distribución de frecuencia de los datos del Componente 7 (C7) de Disfunción Diurna según los grupos etarios, donde casi un 50% de respuestas correspondieron a que nunca ha presentado disfunción diurna, cabe destacar que no se aprecian diferencias significativas pareciera que la edad no influencia la disfunción diurna y se demuestra por la prueba de Chi cuadrado la cual arroja ( $p=0,152>0,05$ ).

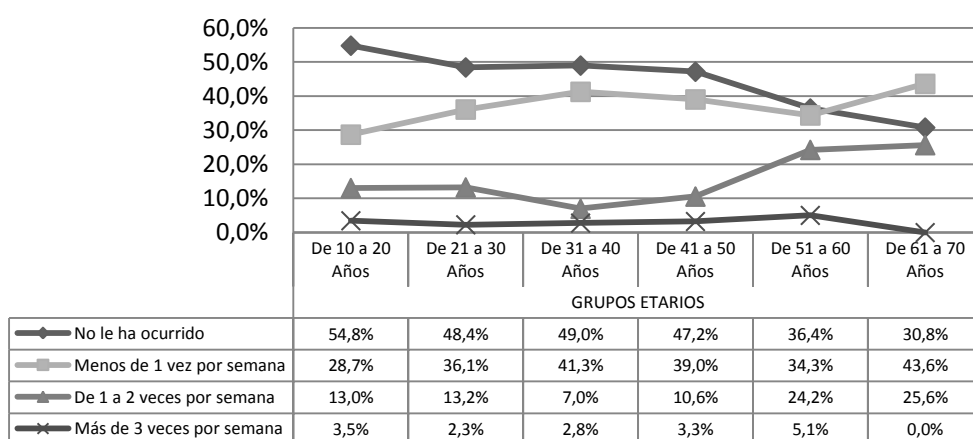


**Tabla N° 32**

Distribución porcentual de la puntuación obtenida por el Componente (C7) Disfunción diurna, según el grupo etario de la población indígena encuestada

SUB GRUPOS	DISFUNCIÓN DIURNA P7Aa+P7b									
	0		1		2		3		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
10 -20	63	8,3%	33	4,4%	15	2,9%	4	0,5%	115	15,2%
21-30	106	14%	79	10,5%	29	3,8%	5	0,7%	219	29,0%
31-40	70	9,3%	59	7,8%	10	1,3%	4	0,5%	143	18,9%
41-50	58	7,7%	48	6,4%	13	1,7%	4	0,5%	123	16,3%
51-60	36	4,8%	34	4,5%	24	3,2%	5	0,7%	99	13,1%
61-70	12	1,6%	17	2,2%	10	1,3%	-	-	39	5,2%
>70	11	1,5%	6	0,8%	-	-	-	-	17	2,3%
<b>TOTAL</b>	<b>356</b>	<b>47,1%</b>	<b>276</b>	<b>36,5%</b>	<b>101</b>	<b>13,4%</b>	<b>22</b>	<b>2,9%</b>	<b>755</b>	<b>100%</b>

En el Gráfico N° 38 Se evidencia una tendencia bastante plana en cuanto a nunca haber padecido de disfunción diurna, apreciándose que existe una tendencia a incrementar la misma con el incremento de la edad a partir de los 31 años en adelante



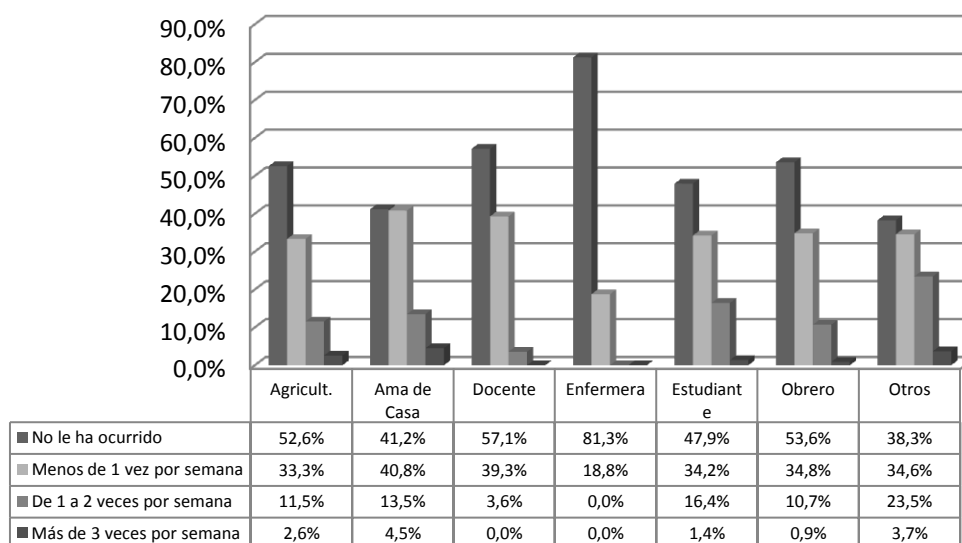
**Gráfico N° 38**

Distribución porcentual marginal del Componente (C7) Disfunción diurna según los grupos etarios de la población indígena encuestada

**Tabla N° 33**  
Distribución porcentual de la puntuación obtenida por el Componente (C7)  
Disfunción diurna, según la ocupación de la población indígena encuestada

OCUPACIÓN	SUB	TOTAL	DISFUNCIÓN DIURNA P7a+P7b							
			0		1		2		3	
			f	%	f	%	f	%	f	%
AGRUCULTOR	156	20,7%	82	10,9%	52	6,9%	18	2,4%	4	0,5%
AMA DE CASA	289	38,3%	119	15,8%	118	15,6%	39	5,2%	13	1,7%
DOCENTE	28	3,7%	16	2,1%	11	1,5%	1	0,1%	-	
ENFERMERA	16	2,1%	13	1,7%	3	0,4%	-		-	
ESTUDIANTE	73	9,7%	35	4,6%	25	3,3%	12	1,6%	1	0,1%
OBRERO	112	14,8%	60	7,9%	39	5,2%	12	1,6%	1	0,1%
OTROS	81	10,7%	31	4,1%	28	3,7%	19	2,5%	3	0,4%
TOTAL	755	100%	356	47.1%	224	36,5%	83	13,4%	18	2,9%

En la tabla N° 33 se presentan los datos de la distribución marginal de la disfunción diurna con respecto a la ocupación donde se puede evidenciar que como en las otras variables analizadas anteriormente, predominan los porcentajes más elevados en que no les ocurre disfunción diurna, pero al analizar a los sujetos a quienes si les ocurre, se aprecia un 36% que si le ocurre por lo menos 1 vez por semana en casi todas las ocupaciones con casi ninguna incidencia en las enfermeras.



**Gráfico N° 39**  
Distribución porcentual marginal del Componente 7 C7) Disfunción diurna según los grupos etarios de la población indígena encuestada

En el Gráfico N° 39 se presenta la distribución marginal de la disfunción diurna según la ocupación y se puede evidenciar que predominan los porcentajes más elevados, en que no les ocurre, pero al analizar a los sujetos a quienes si les ocurre, se aprecia un elevado porcentaje en casi todas las ocupaciones con una menor incidencia en las enfermeras. El Chi cuadrado de ( $p=0,466>0,05$ ) refleja que no existe relación significativa entre las variables de ocupación y disfunción diurna.

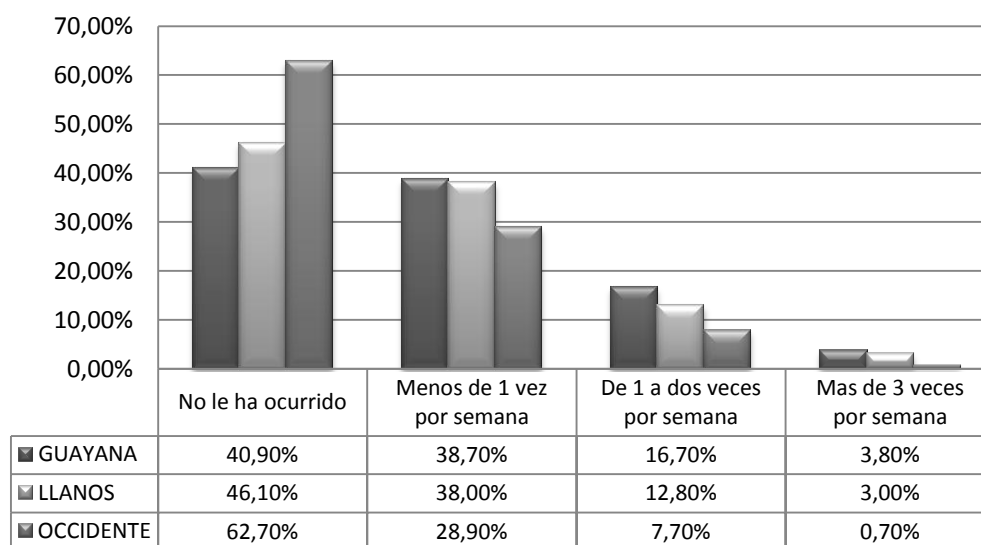
**Tabla N° 34**

Distribución porcentual de la puntuación obtenida por el Componente (C7) Disfunción diurna, según la región geográfica donde habita la población indígena encuestada

REGION GEOGRÁFICA	P7a+P7b DISFUNCIÓN DIURNA								TOTAL
	0		1		2		3		
	f	%	f	%	f	%	f	%	
(1) BOLIVAR AMAZONAS	137	36.1%	113	29.8%	38	10%	9	2.5%	279
(2) APURE BARINAS	89	23.5%	41	10.8%	11	2.9%	1	0.3%	142
(3) TACHIRA ZULIA	130	17,2%	123	32.5%	53	14%	12	3.2%	818
TOTAL	356		277		102		22		757

La disfunción diurna según la región geográfica reflejó los siguientes datos que se presentan en la Tabla N° 37, donde se evidencia que en el mayor porcentaje no presenta disfunción diurna en ninguna de las regiones y los porcentajes van decreciendo a medida que se incrementan las puntuaciones de 1 a 2 y más de 3 veces por semana.

Según la Chi cuadrado en la variable somnolencia no se aprecia relación con las regiones geográficas siendo ( $p=0.100>0,05$ ) y para la variable desgano diurno si se presenta relación con las variables de regiones geográficas, mayormente en la región (1) de Amazonas y Bolívar donde la Chi cuadrado es de ( $p=0,038<0,05$ ).



**Gráfico N° 40**

Distribución porcentual marginal del Componente 7 (C7) Disfunción diurna según la región geográfica que habita la población indígena encuestada

En el Gráfico N° 40 se aprecia que dentro de la región Occidente (3) se presenta el mayor porcentaje de población exenta de disfunción diurna mientras que los Llanos y Guayana presentaron los más altos índices de disfunción, entre los que sujetos la manifestaron menos de una vez por semana y entre 1 y más veces por semana.

Según la Chi cuadrado en la variable disfunción diurna, no se aprecia relación entre las regiones geográficas siendo ( $p=0.100>0,05$ ) y para la variable desgano diurno si se presenta relación con las variables de regiones geográficas, mayormente en la región (1) de Guayana donde la Chi cuadrado es de ( $p=0,038<0,05$ ).

#### **ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DEL COMPONENTE 7 (C7) : Disfunción diurna**

La disfunción diurna se manifestó de la siguiente manera: En cuanto al Género, se obtuvieron porcentajes muy equilibrados entre ambos del (47%). En la población restante se detectó que en el género femenino hay una mayor tendencia

a sufrir de disfunción diurna, desde una o dos veces por semana y hasta más de tres por semana, aspecto que llama a la reflexión. Mas sin embargo la Chi cuadrado refleja que no existe relación entre las variables ( $p=0,092>0,05\%$ ).

En cuanto a la edad, no se aprecian diferencias significativas. Se evidencia una tendencia bastante plana en cuanto a nunca haber padecido de disfunción diurna, apreciándose que existe una tendencia a incrementar levemente la misma con el incremento de la edad a partir de los 31 años en adelante, pero por la prueba de Chi cuadrado pareciera que la edad no influencia la disfunción diurna y se demuestra ya que la misma arroja ( $p=0,152>0,05$ ).

Con respecto a la ocupación se puede evidenciar que predominan los porcentajes más elevados de que no les ocurre disfunción diurna, pero al analizar a los sujetos a quienes si les ocurre, se aprecia que al (36%) le ocurre por lo menos 1 vez por semana en casi todas las ocupaciones, con casi ninguna incidencia en las enfermeras. Encontrándose que no existe relación significativa entre las variables de ocupación y disfunción diurna con una Chi cuadrado de ( $p=0,466>0,05$ ).

En cuanto a la región geográfica que habita la población encuestada se aprecia que en Occidente se presenta el mayor porcentaje de población exenta de disfunción diurna mientras que los habitantes de los Llanos y Guayana presentaron los más altos índices de disfunción, entre los que sujetos la manifestaron menos de una vez por semana y entre 1 y más veces por semana.

Según la Chi cuadrado en la variable disfunción diurna no se aprecia relación entre las regiones geográficas siendo ( $p=0,100>0,05$ ) y para la variable desgano diurno si se presenta relación con las variables de regiones geográficas, mayormente en la región (1) de Amazonas y Bolívar donde la Chi cuadrado es de ( $p=0,038<0,05$ ).

## **PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL CÁLCULO DEL ÍNDICE DE CALIDAD DEL SUEÑO DE PITTSBURGH (PSQI).**

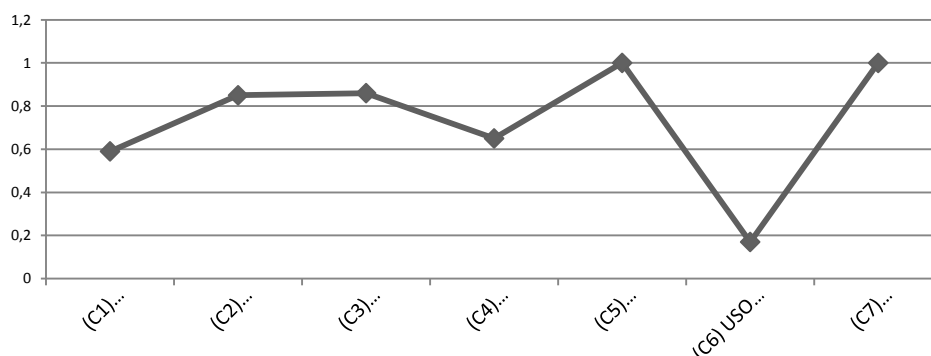
Habiéndose presentado en las tablas anteriores, el análisis descriptivo de los datos obtenidos de la población encuestada, se procedió al cálculo del Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI).

Para el cálculo del índice se aplicaron las operaciones indicadas por el instrumento promediando las frecuencias y su equivalencia en puntos, según la variable estudiada y los resultados se interpretaron bajo el punto de corte de “5”. Se calificaron como buenos dormidores aquellos que obtuvieron una puntuación de “ $\leq$  a 5 puntos”. La escala de malos dormidores se clasifica en tres grados, “grado leve” aquellos que obtienen una puntuación entre 6 y 8 puntos, “moderado” entre 9 y 11 puntos y “severo”  $> 11$  puntos. Dichos resultados se presentan a continuación:

**Tabla N° 35**  
Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI  
según el género masculino de la población indígena encuestada

COMPONENTES	PUNTOS
(C1) CALIDAD SUBJETIVA DEL SUEÑO	0,59
(C2) LATENCIA DEL SUEÑO	0,85
(C3) DURACIÓN DEL SUEÑO	0,86
(C4) EFICIENCIA HABITUAL DEL SUEÑO	0,65
(C5) PERTURBACIÓN EXTRÍNSECA	1
(C6) USO DE MEDICACIÓN HIPNÓTICA	0,17
(C7) DISFUNCIÓN DIURNA	1
PSQI	<b>5,12</b>

En la Tabla N° 35 se aprecia la puntuación que obtuvieron los hombres encuestados con un resultado de 5,12 puntos, el cual los coloca dentro del rango de buenos dormidores, ya que si bien el punto de corte del índice es de  $< 5$ , el puntaje de éstos no alcanza el grado leve de los malos dormidores ya que no llega a 6 puntos sino más bien alejado de éste.



**Gráfico N° 41**

Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI en el Género masculino de la población indígena encuestada

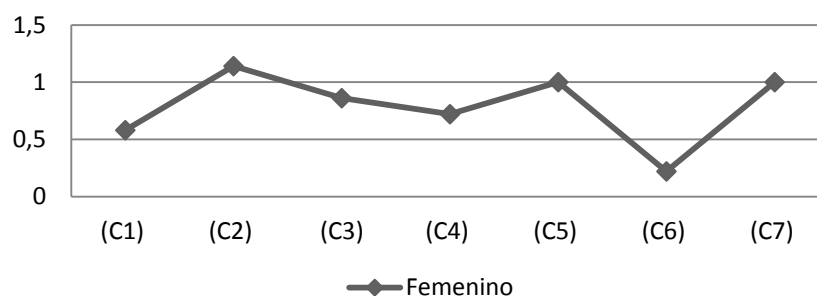
En el Gráfico N° 41, se evidencia la participación que tuvo cada componente en este resultado y se aprecia que las perturbaciones del sueño participaron al igual que la disfunción diurna con mayor intensidad que los otros componentes.

En la Tabla N° 36 se aprecia la puntuación de 5,30 puntos que obtuvieron las mujeres encuestadas que las coloca dentro del rango de buenos dormidores, coincidiendo con el punto de corte del PSQI de  $\leq 5$ , no alcanzando el puntaje de 6 como para calificarlos de malos dormidores en grado leve, sino más bien alejado de éste.

**Tabla N° 36**

Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI según el género femenino de la población indígena encuestada

COMPONENTES	PUNTOS
(C1) CALIDAD SUBJETIVA DEL SUEÑO	0,58
(C2) LATENCIA DEL SUEÑO	1,14
(C3) DURACIÓN DEL SUEÑO	0,86
(C4) EFICIENCIA HABITUAL DEL SUEÑO	0,72
(C5) PERTURBACIÓN EXTRÍNSECA	1
(C6) USO DE MEDICACIÓN HIPNÓTICA	0,22
(C7) DISFUNCIÓN DIURNA	1
<b>PSQI</b>	<b>5,3</b>

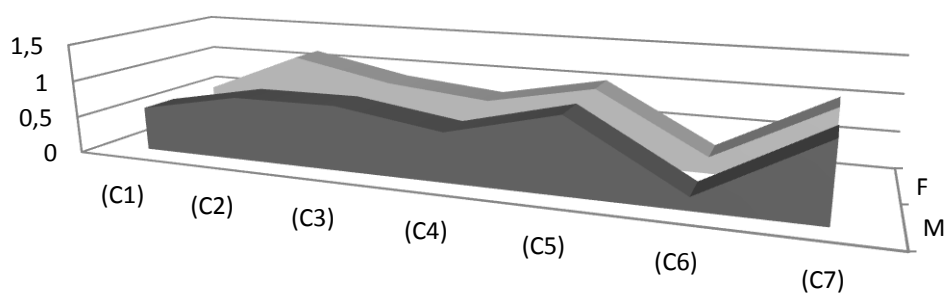


**Gráfico N° 42**

Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI en el Género femenino de la población indígena encuestada

**Fuente:** Instrumento Aplicado (Colliva, 2008-2010).

En el Gráfico N° 42, se presenta la participación que tuvo cada componente en este resultado y se aprecia que la Latencia del sueño en el caso del género femenino, así como las perturbaciones extrínsecas y la disfunción diurna participaron en ambos géneros con mayor intensidad que los otros componentes.



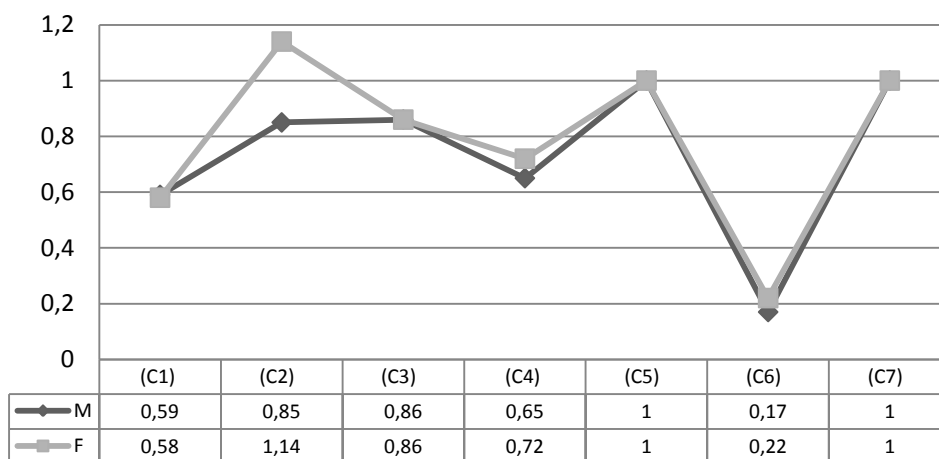
	(C1)	(C2)	(C3)	(C4)	(C5)	(C6)	(C7)
■ M	0,59	0,85	0,86	0,65	1	0,17	1
■ F	0,58	1,14	0,86	0,72	1	0,22	1

**Gráfico N° 43**

Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI en la variable Género de la población indígena encuestada



En el Gráfico N° 43 se presentan las tendencias que tuvieron las puntuaciones de los diferentes componentes del PSQI en ambos géneros y se puede apreciar que en todos los componentes hubo cierta coincidencia con una ligera diferencia en cuanto a la latencia del sueño.



**Gráfico N° 44**

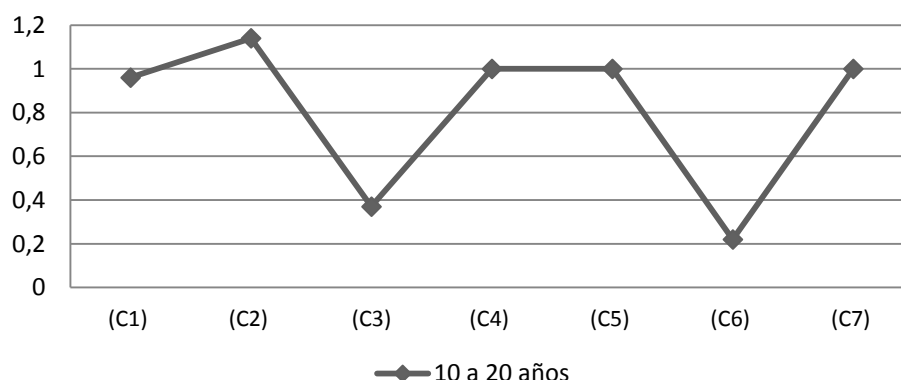
Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI según el Género masculino y femenino de la población indígena encuestada

**Tabla N° 37**

Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI del grupo etario de 10 a 20 años de la población indígena encuestada

COMPONENTES	PUNTOS
(C1) CALIDAD SUBJETIVA DEL SUEÑO	0,69
(C2) LATENCIA DEL SUEÑO	1,14
(C3) DURACIÓN DEL SUEÑO	0,37
(C4) EFICIENCIA HABITUAL DEL SUEÑO	1
(C5) PERTURBACIÓN EXTRÍNSECA	1
(C6) USO DE MEDICACIÓN HIPNÓTICA	0.22
(C7) DISFUNCIÓN DIURNA	1
<b>PSQI</b>	<b>5,2</b>

En la Tabla N° 37 se aprecia la puntuación que obtuvieron los componentes entre los encuestados del grupo etario entre 10 y 20 años con un resultado de 5,2 puntos, el cual los coloca dentro del rango de buenos dormidores, ya que si bien el punto de corte del índice es de menor o igual a 5 puntos, el puntaje de éstos no alcanza el grado leve de los malos dormidores ya que no llega a 6 puntos.



**Gráfico N° 45**

Tendencia de la puntuación de los Componentes del PSQI  
En el grupo etario de 10 a 20 años de la población indígena encuestada

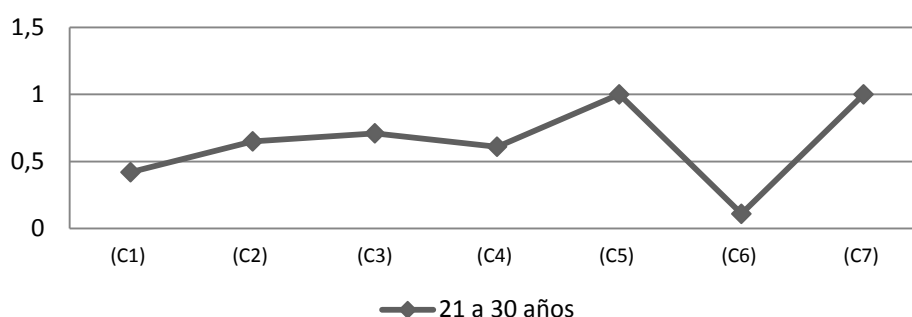
En el Gráfico N° 45 se presenta la tendencia que tuvieron las puntuaciones de los componentes dentro del grupo etario entre 10 y 20 años, apreciándose que los dos únicos componentes que merecieron las menores puntuaciones correspondieron a la Duración del sueño el uso de medicación hipnótica.

**Tabla N° 38**

Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI  
del grupo etario de 21 a 30 años de la población indígena encuestada

COMPONENTES	PUNTOS
(C1) CALIDAD SUBJETIVA DEL SUEÑO	0,42
(C2) LATENCIA DEL SUEÑO	0,65
(C3) DURACIÓN DEL SUEÑO	0,71
(C4) EFICIENCIA HABITUAL DEL SUEÑO	0,61
(C5) PERTURBACIÓN EXTRÍNSECA	1
(C6) USO DE MEDICACIÓN HIPNÓTICA	0,11
(C7) DISFUNCIÓN DIURNA	1
<b>PSQI</b>	<b>4,5</b>

En la Tabla N° 38 se aprecia la puntuación que obtuvieron los componentes del PSQI entre los encuestados del grupo etario entre 21 y 30 años con un resultado de 4,5 puntos, el cual los coloca dentro del rango de buenos dormidores estando por debajo del el punto de corte del índice que es de menor o igual a 5 puntos. Este grupo obtuvo la mejor puntuación de buenos dormidores de todos los grupos etarios.



**Gráfico N° 46**

Tendencia de la puntuación de los Componentes del PSQI en el grupo etario de 21 a 30 años de la población indígena encuestada

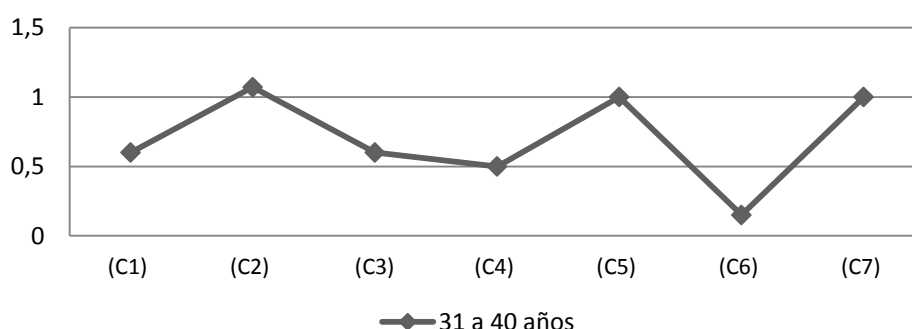
En el Gráfico N° 46 se presenta la tendencia que tuvieron las puntuaciones de los componentes dentro del grupo etario entre 21 y 30 años, apreciándose que el componente que mereció la menor puntuación fue la medicación hipnótica, y los que hicieron más peso en el puntaje fueron las perturbaciones extrínsecas y la disfunción diurna, ambas bastante bajas también.

**Tabla N° 39**

Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI del grupo etario de 31 a 40 años de la población indígena encuestada

COMPONENTES	PUNTOS
(C1) CALIDAD SUBJETIVA DEL SUEÑO	0,6
(C2) LATENCIA DEL SUEÑO	1,07
(C3) DURACIÓN DEL SUEÑO	0,6
(C4) EFICIENCIA HABITUAL DEL SUEÑO	0,5
(C5) PERTURBACIÓN EXTRÍNSECA	1
(C6) USO DE MEDICACIÓN HIPNÓTICA	0,15
(C7) DISFUNCIÓN DIURNA	1
<b>PSQI</b>	<b>4,92</b>

En la Tabla N° 39 se aprecia la puntuación que obtuvieron los componentes entre los encuestados del grupo etario entre 31 y 40 años con un resultado de 4,92 puntos, el cual los coloca dentro del rango de buenos dormidores estando por debajo del el punto de corte del índice que es de menor o igual a 5 puntos.



**Gráfico N° 47**

Tendencia de la puntuación de los Componentes del PSQI en el grupo etario de 31 a 40 años de la población indígena encuestada

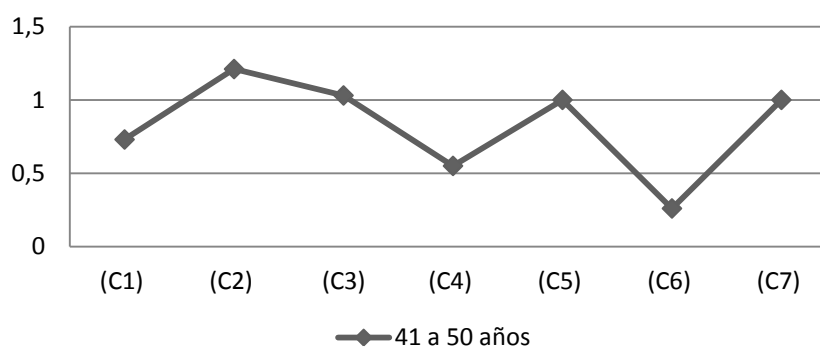
En el Gráfico N° 47 se presenta la tendencia que tuvieron las puntuaciones de los componentes del PSQI dentro del grupo etario entre 31 y 40 años, apreciándose que el componente que mereció la menor puntuación fue la medicación hipnótica, y los que hicieron más peso en el puntaje fueron: la latencia del sueño, las perturbaciones extrínsecas y la disfunción diurna, todas bastante bajas también.

Este grupo etario luce como un grupo de transición entre los más jóvenes y el grupo que le sigue de 41 a 50 años donde las puntuaciones comienzan a variar con una tendencia al mal dormir.

**Tabla N° 40**  
Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI  
del grupo etario de 41 a 50 años de la población indígena encuestada

COMPONENTES	PUNTOS
(C1) CALIDAD SUBJETIVA DEL SUEÑO	0,73
(C2) LATENCIA DEL SUEÑO	1,21
(C3) DURACIÓN DEL SUEÑO	1,03
(C4) EFICIENCIA HABITUAL DEL SUEÑO	0,55
(C5) PERTURBACIÓN EXTRÍNSECA	1
(C6) USO DE MEDICACIÓN HIPNÓTICA	0,26
(C7) DISFUNCIÓN DIURNA	1
<b>PSQI</b>	<b>5,78</b>

En la Tabla N° 40 se aprecia la puntuación que obtuvieron los componentes del PSQI entre los encuestados del grupo etario entre 41 y 50 años con un resultado de 5,78 puntos, el cual los coloca dentro del rango de buenos dormidores estando por encima del punto de corte del índice que es de menor o igual a 5 puntos, estando cerca, pero sin alcanzar la puntuación de 6 que los catalogaría como malos dormidores en grado leve .



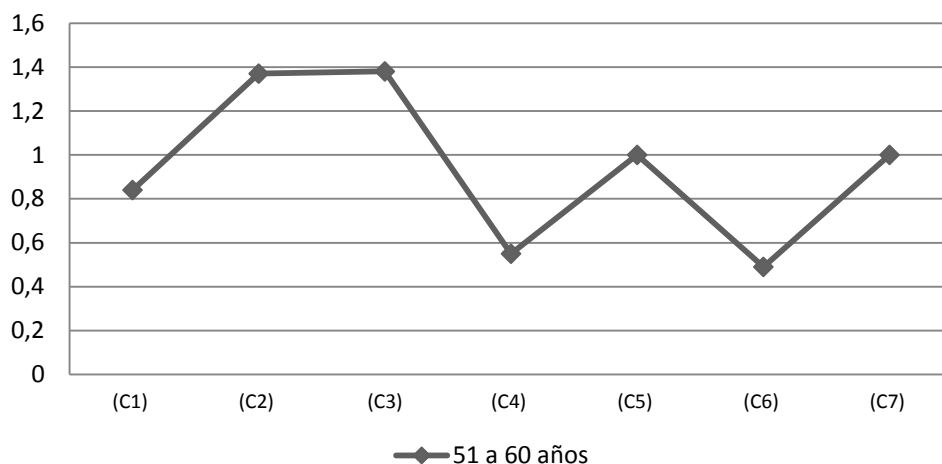
**Gráfico N° 48**  
Tendencia de la puntuación de los Componentes del PSQI en el  
grupo etario de 41 a 50 años de la población indígena encuestada

En el Gráfico N° 48 se presenta la tendencia que tuvieron las puntuaciones de los componentes del PSQI dentro del grupo etario entre 41 y 50 años, apreciándose que el componente que mereció la menor puntuación fue la medicación hipnótica, y se aprecia un incremento en las puntuaciones de todos los componentes especialmente el de latencia del sueño. Con la excepción de las perturbaciones extrínsecas y la disfunción diurna, que se mantienen estables.

**Tabla N° 41**  
Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI  
del grupo etario de 51 a 60 años de la población indígena encuestada

COMPONENTES	PUNTOS
(C1) CALIDAD SUBJETIVA DEL SUEÑO	0,84
(C2) LATENCIA DEL SUEÑO	1,37
(C3) DURACIÓN DEL SUEÑO	1,38
(C4) EFICIENCIA HABITUAL DEL SUEÑO	0,55
(C5) PERTURBACIÓN EXTRÍNSECA	1
(C6) USO DE MEDICACIÓN HIPNÓTICA	0,49
(C7) DISFUNCIÓN DIURNA	1
<b>PSQI</b>	<b>6,63</b>

En la Tabla N° 41 se aprecia la puntuación que obtuvieron los componentes del PSQI entre los encuestados del grupo etario entre 51 y 60 años con un resultado de 6,63 puntos, el cual los coloca dentro del rango de malos dormidores en grado leve ya que esta puntuación se encuentra por encima del punto de corte del PSQI que es  $\leq$  a 5 puntos y entre 6 y 8 puntos de la escala de malos dormidores en grado leve.



**Gráfico N° 49**

Tendencia de la puntuación de los Componentes del PSQI  
En el grupo etario de 51 a 60 años de la población indígena encuestada  
**Fuente:** Instrumento Aplicado (Colliva, 2008-2010).

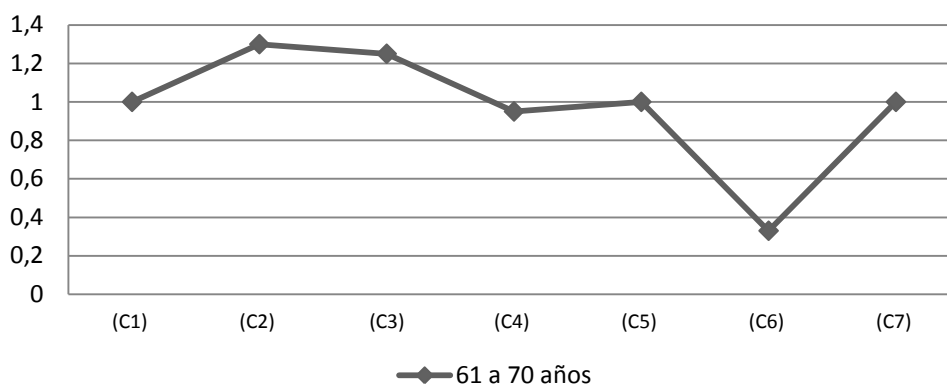
En el Gráfico N° 49 se presenta la tendencia que tuvieron las puntuaciones de los componentes del PSQI dentro del grupo etario entre 51 y 60 años, apreciándose que el componente que mereció la menor puntuación fue la medicación hipnótica, y se aprecia un incremento en las puntuaciones especialmente el de latencia del sueño y la duración. Con la excepción de las perturbaciones extrínsecas, la eficiencia del sueño y la disfunción diurna, que se mantienen estables.

**Tabla N° 42**

Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI  
del grupo etario de 61 a 70 años de la población indígena encuestada

COMPONENTES	PUNTOS
(C1) CALIDAD SUBJETIVA DEL SUEÑO	1
(C2) LATENCIA DEL SUEÑO	1,3
(C3) DURACIÓN DEL SUEÑO	1,25
(C4) EFICIENCIA HABITUAL DEL SUEÑO	0,95
(C5) PERTURBACIÓN EXTRÍNSECA	1
(C6) USO DE MEDICACIÓN HIPNÓTICA	0,33
(C7) DISFUNCIÓN DIURNA	1
PSQI	<b>6,83</b>

En la Tabla N° 42 se aprecia la puntuación que obtuvieron los componentes del PSQI entre los encuestados del grupo etario entre 61 y 70 años con un resultado de 6,83 puntos, el cual los coloca dentro del rango de malos dormidores en grado leve estando por encima del punto de corte del índice que es de menor o igual a 5 puntos y entre 6 y 8 puntos de la escala de malos dormidores en grado leve.



**Gráfico N° 50**

Tendencia de la puntuación de los Componentes del PSQI en el grupo etario de 61 a 70 años de la población indígena encuestada

En el Gráfico N° 50 se presenta la tendencia que tuvieron las puntuaciones de los componentes del PSQI dentro del grupo etario entre 61 y 70 años, apreciándose que el componente que mereció la menor puntuación fue la medicación hipnótica, y se mantienen elevadas las puntuaciones de todos los componentes resaltándose la tendencia ascendente de la calidad subjetiva del sueño. Las perturbaciones extrínsecas, la eficiencia del sueño y la disfunción diurna, que se mantienen estables.



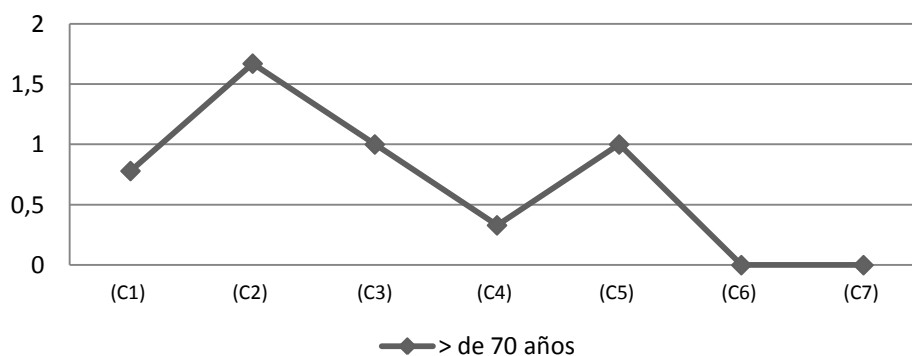
**Tabla N° 43**

Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI del grupo etario de >70 años de la población indígena encuestada

COMPONENTES	PUNTOS
(C1) CALIDAD SUBJETIVA DEL SUEÑO	0,78
(C2) LATENCIA DEL SUEÑO	1,67
(C3) DURACIÓN DEL SUEÑO	1
(C4) EFICIENCIA HABITUAL DEL SUEÑO	0,33
(C5) PERTURBACIÓN EXTRÍNSECA	1
(C6) USO DE MEDICACIÓN HIPNÓTICA	0
(C7) DISFUNCIÓN DIURNA	0
PSQI	<b>4,78</b>

**Fuente:** Instrumento Aplicado (Colliva, 2008-2010).

En la Tabla N° 46 se aprecia la puntuación que obtuvieron los componentes del PSQI entre los encuestados del grupo etario de los > 70 años con un resultado de 4,78 puntos, el cual los coloca dentro del rango de buenos dormidores estando dentro del punto de corte del índice que es de menor o igual a 5 puntos.



**Gráfico N° 51**

Tendencia de la puntuación de los Componentes del PSQI en el grupo etario de mayores de 70 años de la población indígena encuestada.

En el Gráfico N° 51 se presenta la tendencia que tuvieron las puntuaciones de los componentes del PSQI dentro del grupo de >70 años, apreciándose que el componente que como en los grupos anteriores mereció la menor puntuación fue la medicación hipnótica, acompañado esta vez de la disfunción diurna, también

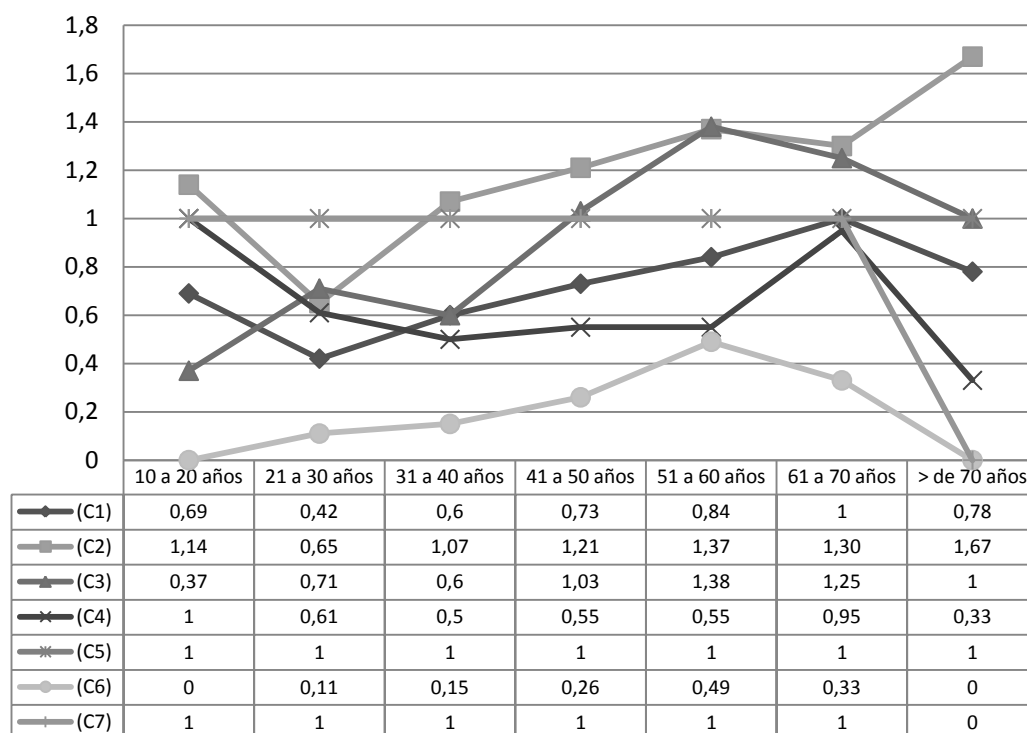
manifestó descensos bruscos la duración del sueño y la eficiencia habitual del sueño, todo ello apoyando un descenso importante del PSQI.

**Tabla N° 44**  
Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI  
según los grupos etarios de la población indígena encuestada

COMPONENTES	10 a 20 años	21 a 30 años	31 a 40 años	41 a 50 años	51 a 60 años	61 a 70 años	> 70 años
(C1)	0,69	0,42	0,6	0,73	0,84	1	0,78
(C2)	1,14	0,65	1,07	1,21	1,37	1,3	1,67
(C3)	0,37	0,71	0,6	1,03	1,38	1,25	1
(C4)	1	0,61	0,5	0,55	0,55	0,95	0,33
(C5)	1	1	1	1	1	1	1
(C6)	0,22	0,11	0,15	0,26	0,49	0,33	0
(C7)	1	1	1	1	1	1	0
<b>PSQI</b>	<b>5,2</b>	<b>4,5</b>	<b>4,92</b>	<b>5,78</b>	<b>6,63</b>	<b>6,83</b>	<b>4,78</b>
<b>Total media</b>				<b>5,52</b>			

En la Tabla N° 44 se presenta un resumen la puntuación del PSQI que obtuvieron los componentes del PSQI entre los grupos etarios de la población indígena encuestada y se evidencia como las bajas puntuaciones se manifiestan en las décadas entre los 10 y 30 años, incrementándose a partir de los 31 a los 70 años.

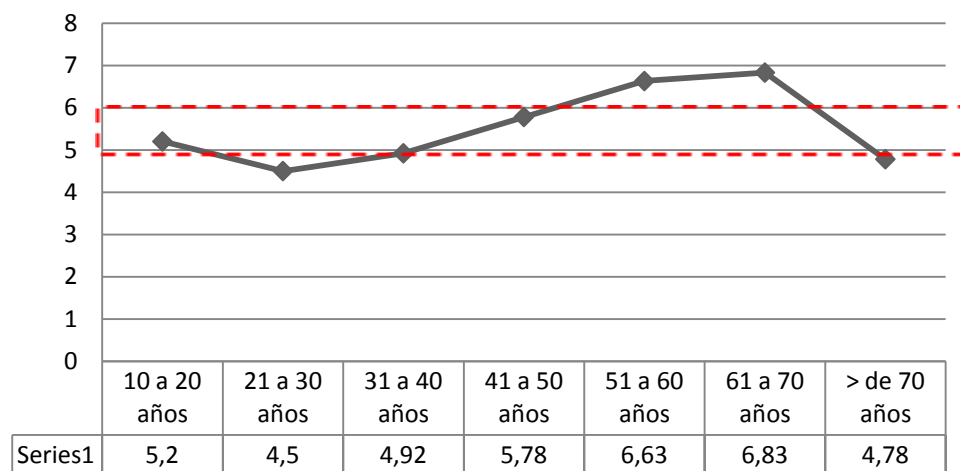
Encontrándose puntuaciones que se inclinan hacia malos dormidores en grado leve a partir de los 50 años de **6,63** y de los 61 a 70 años con **6,83**, para volver a reducirse en los mayores de 70 años. En promedio el PSQI resultó ser de **5,52**, manteniéndose en el rango del punto de corte de 5 sin llegar a 6. O sea que pueden considerarse como buenos dormidores.



**Gráfico N° 52**  
Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI  
de los grupos etarios de la población indígena encuestada  
**Fuente:** Instrumento Aplicado (Colliva, 2008-2010).

En el Gráfico N° 52 se aprecia una cierta sincronía entre los componentes del PSQI que inciden mayormente en incrementar el índice, ellos son: el (C2) la latencia del sueño, muy manifiesta a partir de los 31 años de edad, seguida por el (C5) las perturbaciones extrínsecas del sueño y en tercer lugar por el (C7) la disfunción diurna. El componente que marcó la tendencia hacia la baja fue definitivamente el (C6) uso de medicación hipnótica en todos los grupos etarios.

En el gráfico N° 53 se aprecia la tendencia de como las puntuaciones de los Componentes del PSQI de cada grupo etario van aumentando a medida que aumenta la edad, el área punteada delimita el punto de corte entre buenos dormidores por debajo de 5 y malos dormidores por encima de 6. Es evidente la tendencia hacia un deterioro de la calidad del sueño a partir de los 31 años hasta los 70 años.



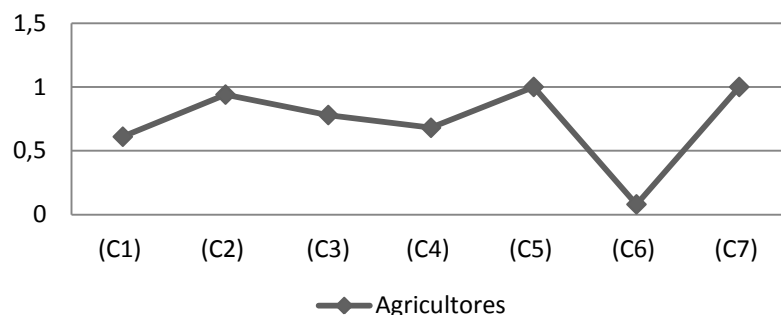
**Gráfico N° 53**  
Distribución de la tendencia de la puntuación del PSQI de los grupos etarios de la población indígena encuestada

Seguidamente se procede a presentar el análisis de los componentes del PSQI de la población indígena encuestada agrupadas por ocupación u oficio:

**Tabla N° 45**  
Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI de los Agricultores de la población indígena encuestada

COMPONENTES	PUNTOS
(C1) CALIDAD SUBJETIVA DEL SUEÑO	0,61
(C2) LATENCIA DEL SUEÑO	0,94
(C3) DURACIÓN DEL SUEÑO	0,78
(C4) EFICIENCIA HABITUAL DEL SUEÑO	0,68
(C5) PERTURBACIÓN EXTRÍNSECA	1
(C6) USO DE MEDICACIÓN HIPNÓTICA	0,08
(C7) DISFUNCIÓN DIURNA	1
<b>PSQI</b>	<b>5,09</b>

En la tabla N° 45 se presentan las puntuaciones obtenidas por cada componente del PSQI en el grupo de los Agricultores de la población indígena encuestada quienes obtuvieron una puntuación de 5,09, la cual los ubica dentro del rango de buenos dormidores ya que el punto de corte es de menos o igual a 5 puntos y no alcanza los 6 puntos para malos dormidores en grado leve.



**Gráfico N° 54**

Tendencia de los puntajes de los componentes en los Agricultores de la población indígena encuestada.

**Fuente:** Instrumento Aplicado (Colliva, 2008-2010).

En el Gráfico N° 54 se evidencia una tendencia bastante plana entre los primeros 4 componentes del PSQI, evidenciándose una elevación en (C5) perturbaciones extrínsecas del sueño así como (C7) disfunción diurna, con una caída muy intensa en el (C6) correspondiente al uso de medicación hipnótica.

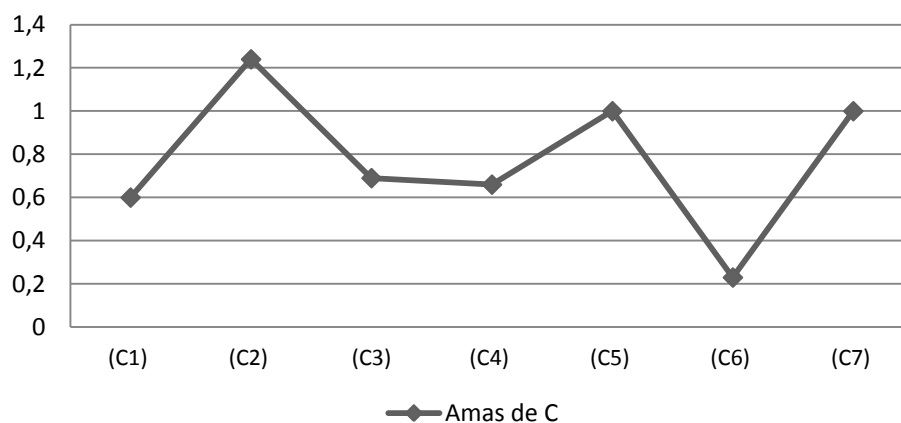
**Tabla N° 46**

Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI de las amas de casa de la población indígena encuestada

COMPONENTES	PUNTOS
(C1) CALIDAD SUBJETIVA DEL SUEÑO	0,6
(C2) LATENCIA DEL SUEÑO	1,24
(C3) DURACIÓN DEL SUEÑO	0,69
(C4) EFICIENCIA HABITUAL DEL SUEÑO	0,66
(C5) PERTURBACIÓN EXTRÍNSECA	1
(C6) USO DE MEDICACIÓN HIPNÓTICA	0,23
(C7) DISFUNCIÓN DIURNA	1
<b>PSQI</b>	<b>5,42</b>

En la tabla N° 46 se presentan las puntuaciones obtenidas por cada componente del PSQI en el grupo de las Amas de casa de la población indígena encuestada con una puntuación de 5,42, la cual las ubica dentro del rango de

buenas dormidoras ya que el punto de corte es de menos o igual a 5 puntos y no alcanza los 6 puntos para malos dormidores en grado leve.



**Gráfico N° 55**

Tendencia de los puntajes de los componentes en las Amas de Casa de la población indígena encuestada

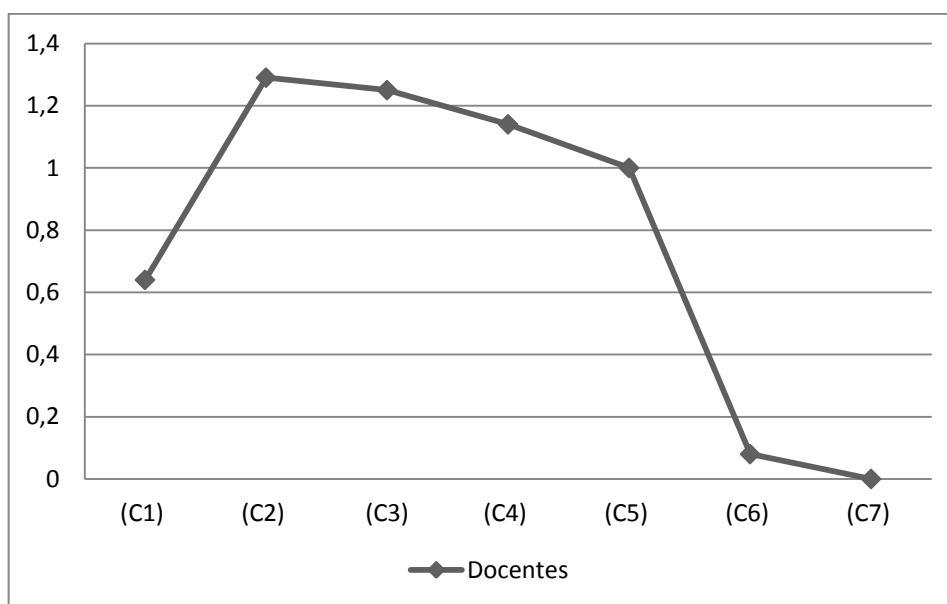
En el Gráfico N° 55 se evidencia un alza en el (C2) de latencia del sueño con una tendencia bastante plana entre los componentes (C3) y (C4) evidenciándose una elevación en las perturbaciones extrínsecas del sueño así como la disfunción diurna, con una caída muy intensa en el (C6) correspondiente al uso de medicación hipnótica.

**Tabla N° 47**

Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI de los docentes de la población indígena encuestada

COMPONENTES	PUNTOS
(C1) CALIDAD SUBJETIVA DEL SUEÑO	0,64
(C2) LATENCIA DEL SUEÑO	1,29
(C3) DURACIÓN DEL SUEÑO	1,25
(C4) EFICIENCIA HABITUAL DEL SUEÑO	1,14
(C5) PERTURBACIÓN EXTRÍNSECA	1
(C6) USO DE MEDICACIÓN HIPNÓTICA	0,08
(C7) DISFUNCIÓN DIURNA	0
<b>PSQI</b>	<b>5,40</b>

En la tabla N° 47 se presentan las puntuaciones obtenidas por cada componente del PSQI en el grupo de los Docentes de la población indígena encuestada con una puntuación de 5,40, la cual las ubica dentro del rango de buenos dormidores ya que el punto de corte es de menos o igual a 5 puntos y no alcanza los 6 puntos para malos dormidores en grado leve.



**Gráfico N° 56**  
Tendencia de los puntajes de los componentes en los  
Docentes de la población indígena encuestada

En el Gráfico N° 56 se evidencia una tendencia a mantenerse elevados los componentes (C2), (C3), (C4) y (C5), con una tendencia hacia la baja en los componentes (C6) y (C7) siendo estos últimos los que participan en mantener los bajos valores del PSQI. Los docentes presentan un comportamiento significativamente diferente a nivel del comportamiento de los 6 componentes en función a las otras profesiones.

**Tabla N° 48**  
Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI  
de las Enfermeras de la población indígena encuestada

COMPONENTES	PUNTOS
(C1) CALIDAD SUBJETIVA DEL SUEÑO	0
(C2) LATENCIA DEL SUEÑO	0
(C3) DURACIÓN DEL SUEÑO	0,38
(C4) EFICIENCIA HABITUAL DEL SUEÑO	0,38
(C5) PERTURBACIÓN EXTRÍNSECA	1
(C6) USO DE MEDICACIÓN HIPNÓTICA	0
(C7) DISFUNCIÓN DIURNA	0
<b>PSQI</b>	<b>1,76</b>

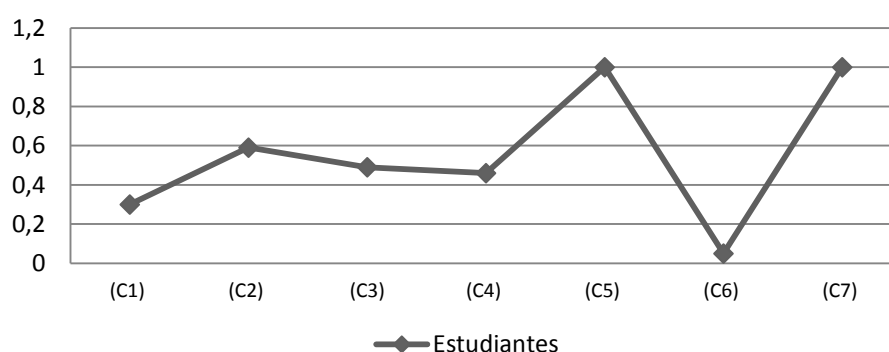
En la tabla N° 48 se presentan las puntuaciones obtenidas por cada componente del PSQI en el grupo de las Enfermeras con una puntuación de 1,76, la cual las ubica dentro del rango de muy buenos dormidores ya que el punto de corte es de menos o igual a 5 puntos. Llama la atención que los dos únicos componentes que participaron en este índice fueron la Duración del sueño y La eficiencia habitual del sueño.

**Tabla N° 49**  
Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI  
de los estudiantes de la población indígena encuestada

COMPONENTES	PUNTOS
(C1) CALIDAD SUBJETIVA DEL SUEÑO	0,3
(C2) LATENCIA DEL SUEÑO	0,59
(C3) DURACIÓN DEL SUEÑO	0,49
(C4) EFICIENCIA HABITUAL DEL SUEÑO	0,46
(C5) PERTURBACIÓN EXTRÍNSECA	1
(C6) USO DE MEDICACIÓN HIPNÓTICA	0,05
(C7) DISFUNCIÓN DIURNA	1
<b>PSQI</b>	<b>3,89</b>



En la tabla N° 49 se presentan las puntuaciones obtenidas por cada componente del PSQI en el grupo de los Estudiantes de la población indígena encuestada con una puntuación de 3,89, la cual los ubica dentro del rango de muy buenos dormidores ya que el punto de corte es de menos o igual a 5 puntos.



**Gráfico N° 57**  
Tendencia de los puntajes de los componentes del PSQI en los Estudiantes de la población indígena encuestada.

En el Gráfico N° 57 se evidencia una tendencia bastante plana hacia bajos valores de los primeros cuatro componentes con dos elevaciones de las perturbaciones extrínsecas del sueño y de la disfunción diurna con un componente de medicación hipnótica muy bajo. Esto puede corresponderse con las poblaciones jóvenes.

En la tabla N° 50 se presentan las puntuaciones obtenidas por cada componente del PSQI en el grupo de los Obreros con una puntuación de 5,05, la cual los ubica dentro del rango de buenos dormidores ya que el punto de corte es de menos o igual a 5 puntos. Se destaca que todas las puntuaciones de los componentes están por debajo de 1 excepción de las perturbaciones extrínsecas y el uso de medicación hipnótica que permanecen en 1 punto.

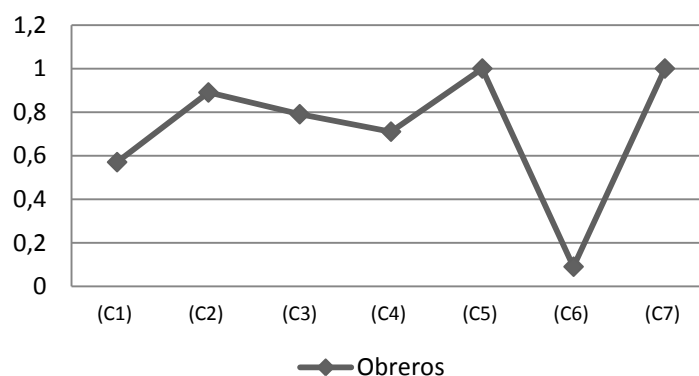
**Tabla N° 50**  
Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI  
de los obreros de la población indígena encuestada

COMPONENTES	PUNTOS
(C1) CALIDAD SUBJETIVA DEL SUEÑO	0,57
(C2) LATENCIA DEL SUEÑO	0,89
(C3) DURACIÓN DEL SUEÑO	0,79
(C4) EFICIENCIA HABITUAL DEL SUEÑO	0,71
(C5) PERTURBACIÓN EXTRÍNSECA	1
(C6) USO DE MEDICACIÓN HIPNÓTICA	0,09
(C7) DISFUNCIÓN DIURNA	1
PSQI	<b>5,05</b>

**Fuente:** Instrumento Aplicado (Colliva, 2008-2010).

En el Gráfico N° 58 se evidencia una tendencia bastante plana hacia bajos valores de los primeros cuatro componentes con dos elevaciones de las perturbaciones extrínsecas del sueño y de la disfunción diurna con un componente de medicación hipnótica muy bajo.

**Gráfico N° 58**  
Tendencia de los puntajes de los Componentes del PSQI  
en los Docentes de la población indígena encuestada



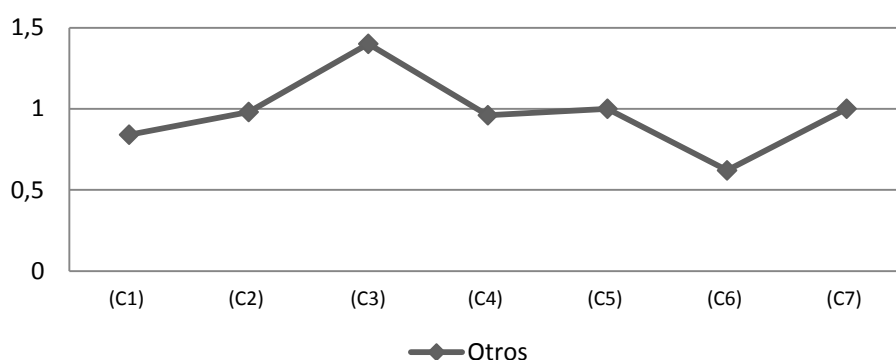
**Fuente:** Instrumento Aplicado (Colliva, 2008-2010).

**Tabla N° 51**

Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI de los sujetos cuya ocupación son otras actividades dentro de la población indígena encuestada

COMPONENTES	PUNTOS
(C1) CALIDAD SUBJETIVA DEL SUEÑO	0,84
(C2) LATENCIA DEL SUEÑO	0,98
(C3) DURACIÓN DEL SUEÑO	1,4
(C4) EFICIENCIA HABITUAL DEL SUEÑO	0,96
(C5) PERTURBACIÓN EXTRÍNSECA	1
(C6) USO DE MEDICACIÓN HIPNÓTICA	0,62
(C7) DISFUNCIÓN DIURNA	1
PSQ	<b>6,8</b>

En la tabla N° 51 se presentan las puntuaciones obtenidas por cada componente del PSQI en el grupo de aquellos que se ocupan de oficios no clasificados de la población indígena encuestada con una puntuación de 6,80, la cual los ubica dentro del rango de malos dormidores en un grado leve ya que el punto de corte es de menos o igual a 5 puntos para los buenos dormidores y de 6 a 8 para malos dormidores en grado leve.



**Gráfico N° 59**

Tendencia de los puntajes de los componentes del PSQI en los Docentes de la población indígena encuestada

En el Gráfico N° 59 se evidencia una tendencia bastante plana con ligeras elevaciones de los valores de los componentes (C1) y (C2) así como (C4) , (C5)

y (C7) con un solo componente que tiende al alza el (C3) de duración del sueño que es contrarrestado por el (C6) uso de medicación hipnótica muy bajo.

**Tabla N° 52**  
Distribución de la puntuación de los componentes del PSQI  
Según las ocupaciones de la población indígena encuestada

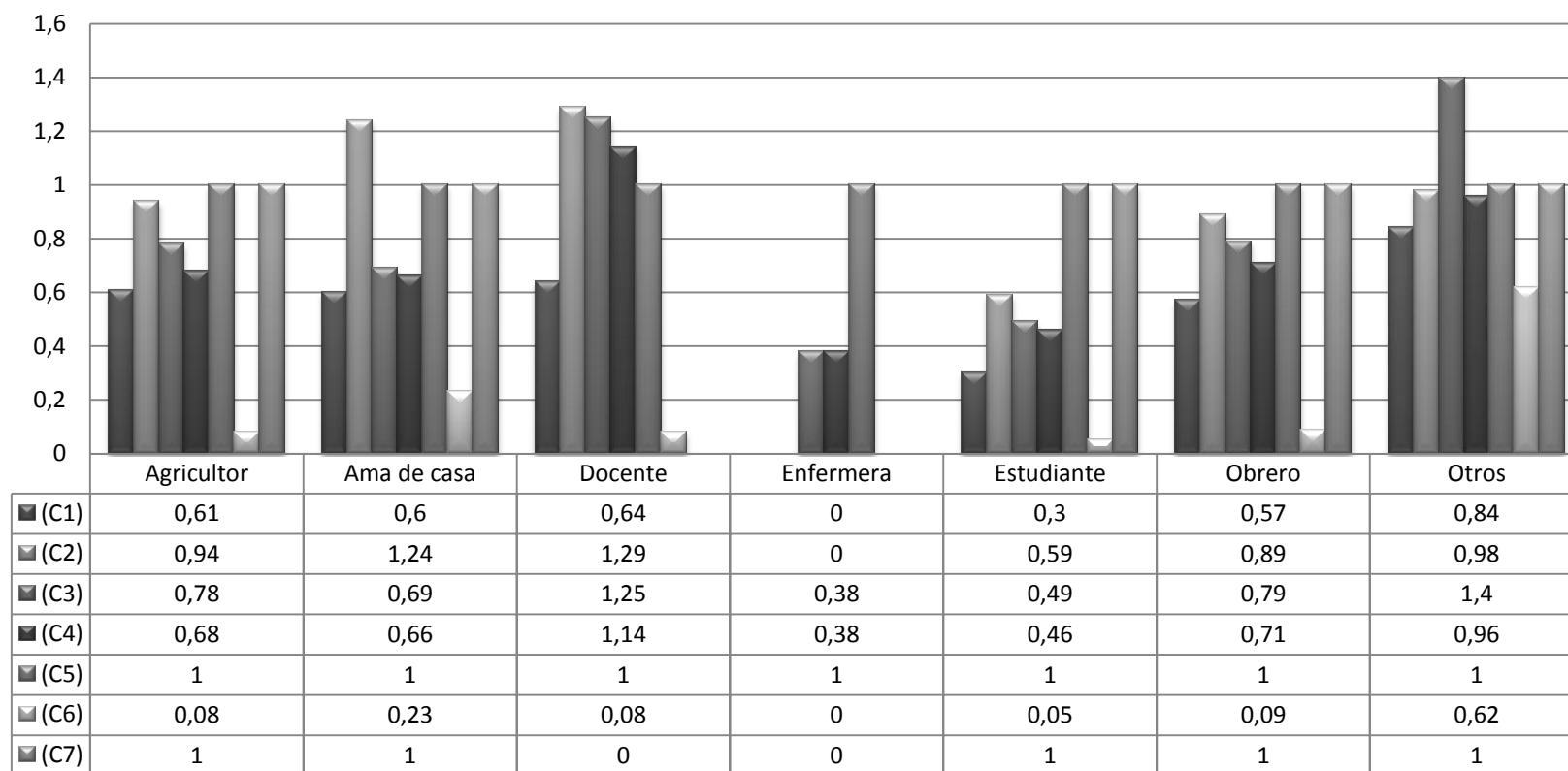
COMPONENTES	Agricultor	Ama de casa	Docente	Enfermera	Estudiante	Obrero	Otros
(C1)	0,61	0,6	0,64	0	0,3	0,57	0,84
(C2)	0,94	1,24	1,29	0	0,59	0,89	0,98
(C3)	0,78	0,69	1,25	0,38	0,49	0,79	1,4
(C4)	0,68	0,66	1,14	0,38	0,46	0,71	0,96
(C5)	1	1	1	1	1	1	1
(C6)	0,08	0,23	0,08	0	0,05	0,09	0,62
(C7)	1	1	0	0	1	1	1
<b>PSQI</b>	<b>5,09</b>	<b>5,42</b>	<b>5,4</b>	<b>1,76</b>	<b>3,89</b>	<b>5,05</b>	<b>6,8</b>

En la Tabla N° 52 se evidencia la distribución de las puntuaciones del PSQI según la Ocupación de la población indígena encuestada, encontrándose una media de 4,77 puntos para el PSQI de esta variable.

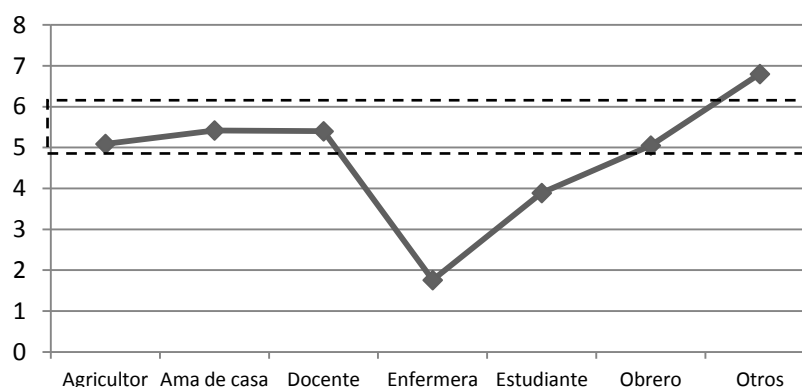
En el Gráfico N° 60 se aprecia el comportamiento de cada uno de los componentes del PSQI en cada ocupación, poniéndose de manifiesto que la mayoría de los componentes mantienen puntuaciones por debajo de 1, mientras que los componentes que participaron con puntuaciones mayores a 1 fueron: el (C2) Latencia del sueño en las amas de casa; el (C2), (C3) y (C4) en los Docentes y (C3) en la categoría de Otros.

Cabe destacar que los componentes que dieron lugar a las puntuaciones de mejores dormidores fueron aquellos que presentaron puntuaciones de (0) destacándose especialmente el caso de las enfermeras en las cuales hubo 4 componentes con esa puntuación a saber (C1), (C2), (C6) y (C7). Asimismo se aprecia que el (C6) fue el componente que obtuvo las más bajas puntuaciones en todas las ocupaciones.

**Gráfico N° 60**  
Distribución de las puntuaciones obtenidas por los Componentes del PSQI  
según la ocupación de la población indígena encuestada



**Gráfico N° 61**  
Distribución de promedios de la puntuación de los  
Componentes del PSQI según la ocupación  
de la población indígena encuestada

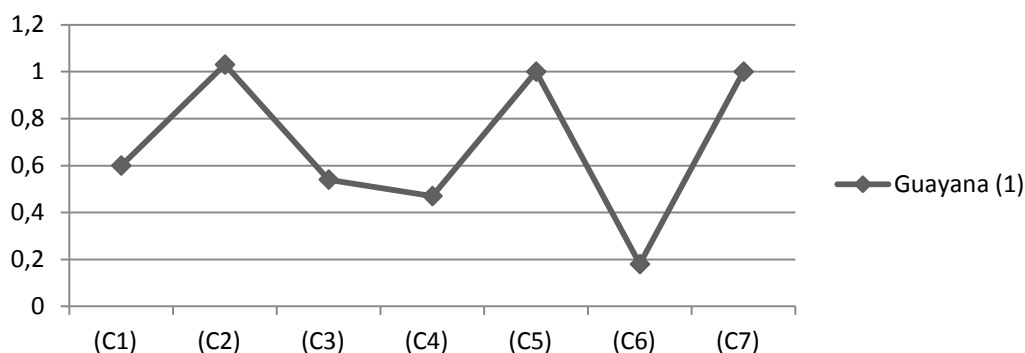


En el Gráfico N° 61 se evidencia que las ocupaciones que gozan de una mejor calidad del sueño según el PSQI son las enfermeras, seguidas por los estudiantes, con un empate entre Agricultores y Obreros y seguidos por las Amas de Casa y los Docentes, quienes lucen también bastante homogéneos. Destaca que los malos dormidores son aquellos que desempeñan ocupaciones ocasionales o no clasificables.

**Tabla N° 53**  
Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI  
de la población indígena encuestada que habita en la  
región geográfica N° 1 Guayana

COMPONENTES	PUNTOS
(C1) CALIDAD SUBJETIVA DEL SUEÑO	0,6
(C2) LATENCIA DEL SUEÑO	1,03
(C3) DURACIÓN DEL SUEÑO	0,54
(C4) EFICIENCIA HABITUAL DEL SUEÑO	0,47
(C5) PERTURBACIÓN EXTRÍNSECA	1
(C6) USO DE MEDICACIÓN HIPNÓTICA	0,18
(C7) DISFUNCIÓN DIURNA	1
<b>PSQI</b>	<b>4,82</b>

En la Tabla N° 53 se presentan las puntuaciones obtenidas por cada componente del PSQI en los habitantes de la región geográfica N° 1 Guayana, en la cual puede evidenciarse que la latencia del sueño (C2) obtuvo el mayor puntaje de 1,03 y las perturbaciones extrínsecas del sueño (C5) conjuntamente con el Componente (C7) de Disfunción diurna obtuvieron la puntuación de 1 respectivamente, siendo el PSQI de la región 4,82, el cual está por debajo del punto de corte de menos o igual a 5, lo que cataloga a los habitantes de esta región como buenos dormidores.



**Gráfico N° 62**  
Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI de la región geográfica N° 1 Guayana de la población indígena encuestada

En el Gráfico N° 62 se aprecia la puntuación de los Componentes del PSQI de la región geográfica N° 1 Guayana, con una tendencia irregular donde los picos en alza correspondieron a los componentes (C2), (C5) y (C7), con una tendencia a la baja del componente (C6) y una tendencia intermedia de los componentes (C1), (C3) y (C4).

En la Tabla N° 54 se presentan las puntuaciones obtenidas por cada componente del PSQI en la región geográfica N° 2 correspondiente a los Llanos en la cual puede evidenciarse que la latencia del sueño (C2) obtuvo el mayor puntaje de 1,16 y la Duración del sueño (C3), la eficiencia habitual del sueño (C4), las perturbaciones extrínsecas del sueño (C5) conjuntamente con el Componente (C7) de Disfunción diurna obtuvieron la puntuación alrededor de 1.

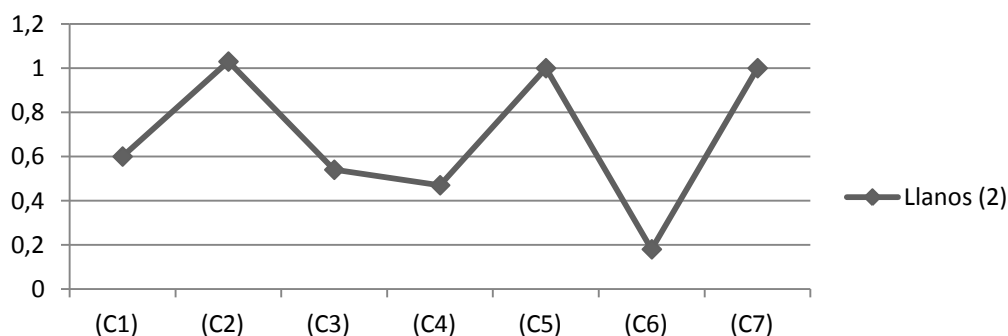
Ubicándose el PSQI de la región en 5,58, el cual está por encima del punto de corte de  $\leq 5$  pero sin alcanzar los 6 puntos de malos dormidores, por lo que pueden catalogarse como buenos dormidores.

**Tabla N° 54**

Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI de la población indígena encuestada que habita en la región geográfica N° 2 Los Llanos

COMPONENTES	PUNTOS
(C1) CALIDAD SUBJETIVA DEL SUEÑO	0,17
(C2) LATENCIA DEL SUEÑO	1,16
(C3) DURACIÓN DEL SUEÑO	0,99
(C4) EFICIENCIA HABITUAL DEL SUEÑO	1,04
(C5) PERTURBACIÓN EXTRÍNSECA	1
(C6) USO DE MEDICACIÓN HIPNÓTICA	0,22
(C7) DISFUNCIÓN DIURNA	1
<b>PSQI</b>	<b>5,58</b>

En el Gráfico N° 63 se aprecia la clara tendencia en alza de la puntuación de los Componentes del PSQI de la región geográfica N°2 los Llanos donde los valores más elevados correspondieron a casi todos los componentes excepto (C1) y (C6) que presentan una clara tendencia a la baja.



**Gráfico N° 63**

Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI de la región geográfica N° 2 los Llanos de la población indígena encuestada

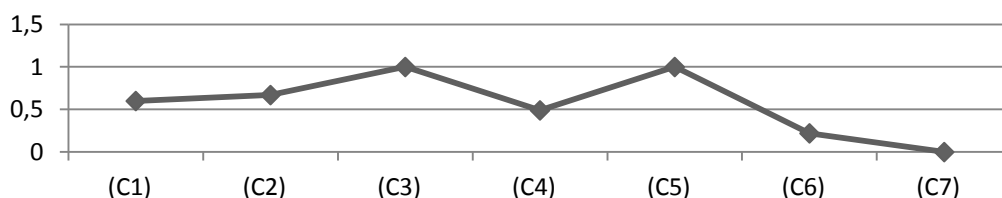


**Tabla N° 55**  
Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI  
de la población indígena encuestada que habita en la región  
geográfica N° 3 Occidente

COMPONENTES	PUNTOS
(C1) CALIDAD SUBJETIVA DEL SUEÑO	0,6
(C2) LATENCIA DEL SUEÑO	0,67
(C3) DURACIÓN DEL SUEÑO	1
(C4) EFICIENCIA HABITUAL DEL SUEÑO	0,49
(C5) PERTURBACIÓN EXTRÍNSECA	1
(C6) USO DE MEDICACIÓN HIPNÓTICA	0,22
(C7) DISFUNCIÓN DIURNA	0
<b>PSQI</b>	<b>3,98</b>

En la Tabla N° 55 se presentan las puntuaciones obtenidas por cada componente del PSQI en los habitantes de la región geográfica N° 3 correspondiente a la región de Occidente, en la cual puede evidenciarse que la duración del sueño (C3) y las perturbaciones extrínsecas del sueño (C5) obtuvieron la puntuación de 1 respectivamente, resaltando el hecho de que no se presentó disfunción diurna en esta región.

El PSQI de la región (3) es de 3,98 resultando ser el más bajo de las tres regiones, el cual está por debajo del punto de corte de menos o igual a 5, lo que cataloga a los habitantes de esta región como los mejores dormidores de las tres regiones estudiadas.



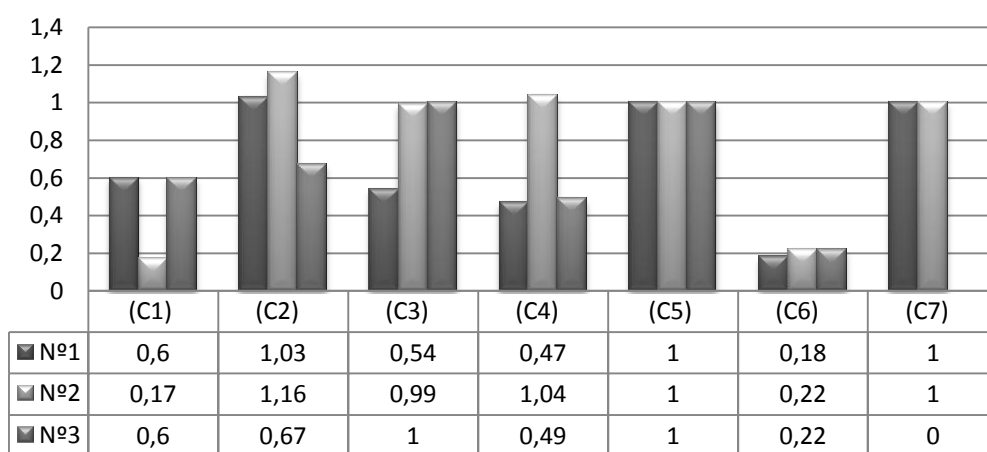
**Gráfico N° 64**  
Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI de la región  
geográfica N° 3 Occidente de la población indígena encuestada

En el Gráfico N° 64 se aprecia la puntuación de los Componentes del PSQI de la región geográfica N° 3 Occidente de la población indígena encuestada con una franca tendencia hacia la baja donde los únicos dos picos de valores más elevados correspondieron a los componentes (C3) y (C5) y el valor más bajo correspondió al (C7) el cual aportó puntuaciones de 0.

**Tabla N° 56**

Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI  
Según las regiones geográficas en las que habita la población indígena encuestada

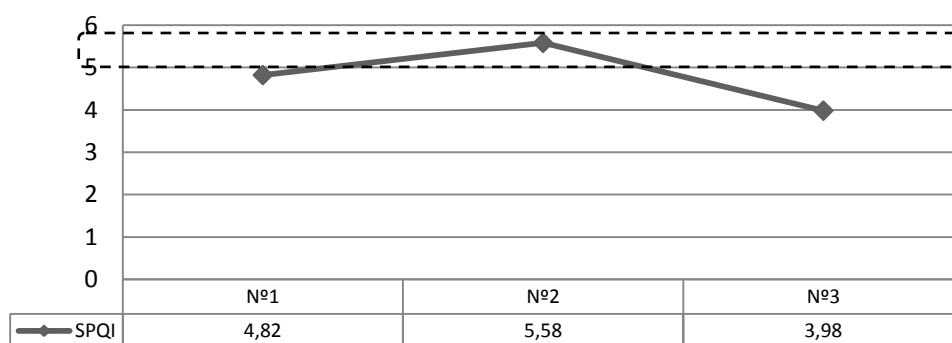
COMPONENTES	N°1	N°2	N°3
(C1) CALIDAD SUBJETIVA DEL SUEÑO	0,6	0,17	0,6
(C2) LATENCIA DEL SUEÑO	1,03	1,16	0,67
(C3) DURACIÓN DEL SUEÑO	0,54	0,99	1
(C4) EFICIENCIA HABITUAL DEL SUEÑO	0,47	1,04	0,49
(C5) PERTURBACIÓN EXTRÍNSECA	1	1	1
(C6) USO DE MEDICACIÓN HIPNÓTICA	0,18	0,22	0,22
(C7) DISFUNCIÓN DIURNA	1	1	0
<b>PSQI</b>	<b>4,82</b>	<b>5,58</b>	<b>3,98</b>



**Gráfico N° 65**

Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI  
Según la región geográfica que habita la población indígena encuestada

En el Gráfico N° 65 se aprecia Distribución de la puntuación de los Componentes del PSQI Según la región geográfica, donde los componentes (C2), (C5) y (C7) fueron los que contribuyeron mayormente a los valores más elevados del PSQI en las tres regiones, y el Componentes que contribuyó a los valores más bajos fue el Componente (C6) correspondiente al uso de medicación hipnótica.



**Gráfico N° 66**  
Tendencia de la puntuación del PSQI según la región geográfica que habita la población indígena encuestada

En el Gráfico N° 66 se aprecia una tendencia a estar por debajo del punto de corte por parte de las regiones geográficas N°1 Guayana y más bajo aún la región N°3 Occidente, estando por encima del punto de corte la Región N°2 Llanos sin llegar a alcanzar el rango de malos dormidores.

En la Tabla N° 57 se presentan las puntuaciones del PSQI según las variables estudiadas, cuyo promedio aportó un PSQI general de **5,07**, lo cual indica que se trata de una población de buenos dormidores, ya que se encuentra dentro del punto de corte de menor o igual a 5 sin alcanzar el punto de corte mínimo para malos dormidores de 6.

## **CAPITULO IV**

### **DISCUSION**

Antes de entrar en la discusión y contrastar los resultados de esta investigación con referentes internacionales, es menester resaltar la importancia de los datos obtenidos y considerar los aspectos que estarían influyendo en los resultados presentados, tales como:

La muestra de la población indígena fue estudiada en el ámbito de su cotidianidad, en el hábitat donde nacieron y en el que desarrollan las actividades laborales propias de su cultura, aprendidas de sus progenitores. Cuya vida discurre en armonía con la naturaleza, alimentándose de lo que ésta les aporta y se ejercitan diariamente de manera natural durante sus labores habituales.

Estos pobladores, no están expuestos a factores contaminantes comunes en las urbes industrializadas, sometidas al ruido, luz artificial, presiones laborales, estrés cultural, etc. Dadas estas circunstancias se puede inferir que el ambiente biopsicosocial de la población indígena estudiada luce propicio para una buena calidad del sueño en su contexto cultural y etnográfico.

Se reitera lo mencionado al principio de esta investigación que los estudios epidemiológicos relacionados con la aculturación indígena y el estrés cultural de etnias en poblaciones urbanas, reflejan que tienen un común denominador que es su baja condición socioeconómica pero que los procesos de adaptación o competitividad en el medio urbano y el proceso de aculturación parecen influir en trastornos del sueño con cifras de corta duración del sueño, baja eficiencia y alta latencia. Como lo exponen Mezick (2008). Arber (2009) Voss (2008).

Sin embargo a pesar de que el perfil epidemiológico de la población indígena venezolana se asocia a los altos índices de pobreza, analfabetismo, migración, exclusión social, que se arraigan en otros factores, tales como la carencia del acceso a la educación y a los servicios de salud, el hecho de que se

mantengan en un ámbito sociocultural propio, su calidad del sueño no se ve afectada por las presiones urbanas.

Todo ello apoya la comprobación de la hipótesis propuesta en esta investigación, de que la calidad del sueño de las etnias indígenas venezolanas estudiadas, quedaría supeditada a aquellos factores biológicos naturales propios del desarrollo fisiológico según el género y la edad, o a aquellos factores externos geo-climáticos o socioeconómicos propios de su ámbito cultural.

A continuación se analizan los resultados del PSQI y se contrastan con los referentes bibliográficos revisados.

### **ANÁLISIS DEL PSQI RELACIONADO CON EL GÉNERO:**

La población indígena femenina obtuvo una puntuación del PSQI de 5,30, mientras que el sexo masculino obtuvo 5,12, ambas puntuaciones ubican a ambos sexos dentro del rango de buenos dormidores, con cifras bastante equilibradas. Esta paridad difiere de la mayoría de los referentes consultados.

Internacionalmente se reporta que las mujeres residentes en regiones urbanas obtienen puntuaciones del PSQI significativamente más elevadas que los hombres, como es el caso de las investigaciones de Rodríguez (2008) quien reportó ese hallazgo en todos los componentes del PSQI. Por su parte Srole (1980), Bixler (2009) y Hall (2009) reportan resultados similares donde las mujeres son calificadas como peores dormidoras que los hombres.

Partinen (2005) por su parte reporta que en las investigaciones epidemiológicas internacionales las mujeres padecen 1,5 veces más de insomnio que los hombres, justificándolo el hecho de que la salud en la población urbana está estrechamente relacionada con el desarrollo económico y social, en el cual las mujeres están participando cada vez más.

Por otra parte Regal (2009) hace un planteamiento interesante que vale la pena mencionar, éste reporta que las mujeres tienen una mejor calidad de sueño en comparación con los hombre, pero se quejan más frecuentemente de su sueño.

En esta investigación, la población indígena venezolana mantuvo en la mayoría de los componentes puntuaciones muy parejas en ambos sexos: En el caso del (C1) la puntuación de la población femenina fue de 0,58 ligeramente más baja que los hombres quienes tuvieron 0,59 puntos. Hubo coincidencias casi absolutas en (C3), (C5) y (C7).

Mientras que los Componentes que presentaron variaciones fueron: El (C2) en el cual hubo una diferencia de puntuación de 1,14 en la población femenina con respecto a 0,85 de la población masculina y el (C4) en el cual la puntuación de las mujeres fue de 0,72 la cual superó a la puntuación de los hombre de 0,65.

Esos datos obtenidos en indígenas en su hábitat natural, difieren de los hallazgos de Partinen (2005) en cuyos estudios urbanos encontraron que las mujeres tienen mejor calidad de sueño con una latencia de inicio del sueño más corta. Asimismo encontraron que la eficiencia del sueño fue más alta en las mujeres en comparación con los hombres.

En el caso del (C5) Perturbaciones extrínsecas, las mujeres se vieron más afectadas por los despertares nocturnos, siendo la causa más frecuente el calor. Este hallazgo concuerda con la literatura internacional en la cual se plantea que los cambios físicos y hormonales de las mujeres se manifiestan por un sueño poco profundo y con más propensión a los despertares nocturnos. Shechter (2009), Abetz (2004).

En cuanto al (C6) Uso de medicación hipnótica, Los referentes bibliográficos revisados muestran estudios epidemiológicos donde la frecuencia del consumo de medicaciones hipnóticas entre las mujeres se encuentra entre (15% a 35%) y en los hombres alrededor de un (13,5%). (Kripke 1998) citado en (Partinen 2005)

En la población indígena el componente (C6) se caracterizó por “no haberla necesitado” en (87%) de la población, bastante equilibrados entre ambos sexos. En el resto de las puntuaciones la opinión también fue muy paritaria de las cuales, se encontraron muy bajos porcentajes en cuanto a haberlas requerido alguna vez por semana. Es de hacer notar que estas medicaciones no fueron prescritas por médicos, sino brebajes naturales que según sus costumbres favorecen el sueño.

El (C7) Disfunción diurna, no se presentó en (53%) de los hombres y (43%) de las mujeres; mientras que cuando se presentó, fue con una frecuencia de “menos de 1 vez por semana” en un (38%) de mujeres con respecto a los hombres (34%), esta diferencia mayoritaria en las mujeres se mantiene para las otras puntuaciones con respecto a los hombres. De tal manera que esta población indígena no presenta disfunción diurna en su gran mayoría, pero cuando ocurre, la manifiestan mayormente las mujeres con respecto a los hombres.

Estos hallazgos parecieran concordar con Knuston (2005) quien reporta que las quejas de somnolencia diurna son más frecuentes en mujeres hasta en (58%) frente a un (43%) en hombres.

Cha y Eun (2009) encontraron que el género femenino es dos veces más propenso a padecer trastornos del sueño con respecto al género masculino. Contrariamente Bixler (2001, 2009) por su parte hallaron que las mujeres duermen objetivamente mejor que los hombres y que el sueño de las mujeres jóvenes es más resistente a factores externos.

Cain (2009), Lee (1.990 2009), Acosta (2002), (Kravytz, 2003) coinciden en que las mujeres presentan trastornos del sueño especialmente en los periodos peri-menopáusicos cuyos aspectos fisiológicos se relacionan con trastornos del sueño propios del sexo femenino,

Estas opiniones son coincidentes con Partinen (2.005) quien, en sus investigaciones epidemiológicas, encuentra que el periodo menopáusico y postmenopáusico es más propenso a que las mujeres presenten más frecuentemente insomnio que los hombres.

Ante lo expuesto, cabe interpretar que si bien pudieran existir diferencias étnicas, culturales y ambientales, modificadoras de los patrones de sueño, los aspectos fisiológicos propios de esos períodos deberían evidenciarse de manera similar aún en culturas disimiles. En tal sentido las manifestaciones fisiológicas peri menopáusicas, no fueron relevantes en esta población indígena por tratarse de una población joven donde solamente el 10% está por encima de los 50 años.

Sin embargo; las diferencias relacionadas con el género en la prevalencia de las alteraciones del sueño, también tienen cabida en la pubertad, durante la menstruación y el embarazo como responsables de alteraciones del patrón de sueño normal, como lo reportan en sus estudios Moline (2004), Collop (2004), (Zhang (2006), Regal (2009).

Otros factores a tomar en cuenta son los comportamientos, de cómo es percibido el sueño y la salud por la mujer según su educación, estos elementos también se encuentran asociados perceptiblemente a la calidad del sueño, lo cual podría jugar un papel importante en las diferencias observadas.

Los comportamientos y los ambientes en los que se desenvuelven las mujeres aborígenes o indígenas en las grandes ciudades son diferentes como en la población indígena Australiana tiene dos veces más probabilidades de requerir hospitalizaciones por desórdenes mentales o trastornos del comportamiento con respecto a la población general no indígena.

Asimismo plantea que los hombres indígenas son 7 veces más vulnerables a la autoagresión, mientras que las mujeres indígenas lo son 31 veces más. Por su parte Voss (2008) encontró que en mujeres inmigrantes que se integran a nuevas culturas en las grandes ciudades revelan que el proceso resulta agotador. Las mujeres presentan severas alteraciones del sueño y deterioro de su calidad de vida.

Los índices del PSQI tan equilibrados entre ambos sexos de las etnias indígenas venezolanas, parecen tener relación con los aspectos culturales, donde la mujer indígena está adaptada a llevar una vida bastante monótona, con pocos



retos y menos competitiva. Diariamente está dedicada de lleno a casi todas las labores del hogar y del conuco (sembradío), compartiendo tareas similares a las de los hombres. De Abreu (2000)

### **ANÁLISIS DEL PSQI RELACIONADO CON LA EDAD:**

Las puntuaciones del PSQI por edades, evidencian que los grupos etarios más jóvenes, menores de 40 años el PSQI se mantuvo por debajo del punto de corte de  $\leq 5$ , correspondiente a buenos dormidores. La mejor puntuación como buenos dormidores la obtuvo el grupo etario de 21 a 30 años de edad con un PSQI de 4,5 puntos. En el grupo de 41 a 50 años el PSQI se elevó a 5,78 puntos, luciendo éste como un grupo transicional hacia puntuaciones menos favorables.

Los malos dormidores aparecieron en los grupos etarios de 51 a 60 años, quienes obtuvieron un PSQI de 6,63 puntos, superados aún más por el grupo etario siguiente de 61 y 70 años quienes obtuvieron un PSQI aún más elevado de 6,83 puntos, calificando a estos 2 grupos como malos dormidores en grado leve. La puntuación cayó nuevamente hasta niveles de buenos dormidores en el grupo etario de los > 70 años con un PSQI de 4,78 puntos.

Contrastando estos resultados con los referentes bibliográficos revisados, se encuentra que las puntuaciones del PSQI obtenidas por los grupos etarios más jóvenes de la población indígena encuestada, difieren de los hallazgos en poblaciones urbanas de países industrializados.

Muchos autores tales como Manni (1997) , Roberts (2000), Ohayon (2000), Fallone (2002), Vanden (2004), Roberts (2005) Shaikh (2009), Chen (2006), sostienen en sus investigaciones que en las prácticas de la higiene del sueño las diferencias transculturales tienen efectos importantes y coinciden en que en la etapa de la adolescencia, el sueño de calidad tiene influencias físicas y emocionales relacionadas con la maduración cerebral, y cambios substanciales tanto biológicos como psicosociales.

Por su parte Mellado (2001), Carskadon (2002), Lushington (2009), Calamaro (2009) hacen relevancia de la influencia en la calidad del sueño que tiene el estilo de vida en los adolescentes y Giannotti (2002) Ohayum (2004, 2005), reportan que uno de cada tres o cuatro jóvenes de diferentes poblaciones o países, padecen algún trastorno del sueño, destacándose que en USA una tercera parte de sus jóvenes ha padecido insomnio alguna vez. En otras latitudes, Serfaty (2005), encuentra que en Suiza el 26,2% de la población joven padece de trastornos del sueño y el 12,8% varían de moderados a severos.

En la población indígena venezolana estudiada, el grupo etario más joven de 10 a 20 años se comporta de manera diferente; El (C1) Calidad subjetiva del sueño, se manifiesta con porcentajes muy altos con casi 70% de opiniones de “Muy Buena” y 30% de “Bastante Buena”, manteniéndose las opiniones favorables en toda la población joven

La duración y la eficiencia del sueño son considerados parámetros importantes como indicadores de salud y bienestar entre los adolescentes y en la mayoría de las investigaciones en poblaciones urbanas se evidencia que en los adolescentes es común la reducción de esos parámetros Carskadon (1993), Dahl (2002), Iglowstein (2003) Fernandez (2009).

Estos hallazgos difieren sustancialmente de los encontrados en la población indígena estudiada, donde el (C2) Latencia del sueño arrojó que el (64%) de los jóvenes indígenas, refieren conciliar el sueño en  $\leq 15$  minutos y el (C3) Duración del sueño arrojó que el (85%) de los integrantes de este grupo etario duerme más de 7h. Por otra parte el (C4) Eficiencia del sueño evidenció que (69%) de ellos tiene una eficiencia  $>75\%$ , y solamente (24%) de casos tiene una eficiencia del sueño  $<65\%$ .

Por otra parte Vela (2007,2008), Holm (2009), Le Bourgeois (2005), Roberts (2000) reportan que el inicio de la adolescencia en países de vanguardia, es un período de preocupaciones relacionadas con los aumentos en la toma de riesgos, sensación de búsqueda, la depresión, el uso de sustancias y accidentes.

Este comportamiento aventurado se ve asociado a la falta de sueño o su mala calidad que contribuyen a los problemas de salud del comportamiento emocional en los adolescentes urbanos.

En la población indígena venezolana estudiada, el (C5) Perturbaciones extrínsecas, más del (51%) de los casos no las presentan y los pocos que si la presentan se relacionan más con la necesidad de levantarse para ir al baño. El (C6) Uso de medicación hipnótica, se encontró que más del 90% de estos jóvenes no las usan, mientras que el pequeño porcentaje que refiere haberla utilizado se refieren a brebajes naturales no fármacos hipnóticos.

En cuanto al (C7) Disfunción diurna, más del (55%) de ellos no la refieren, con un (29%) que refieren presentarla 1 vez por semana, un (13%) que la ha presentado 2 veces por semana y solamente (4%) la han presentado 3 veces por semana. Este hallazgo difiere de otros estudios como los de Le Burgeous (2005) que plantean la preferencia por la noche que tienen los adolescentes urbanos, se asocia con mala higiene del sueño, despertares nocturnos y somnolencia diurna

En cuanto al grupo etario entre 21 y 30 años de la población indígena estudiada, obtuvo un PSQI de 4,5 considerado como la mejor puntuación como buenos dormidores. Seguido por el grupo etario entre 31 y 40 en el que el PSQI estuvo ubicado en 4,92.

Los resultados del PSQI calificó como malos dormidores en grado leve a los pobladores indígenas ubicados en el grupo etario de 51 a 70 años, coincidiendo con estudios internacionales de Moore (2002), Ohayon (2001), Lauderdale (2006), Avidan (2006), Wolkoye (2007). sustentados en aspectos fisiológicos, donde la edad está en relación directa con la calidad del sueño, bien sea relacionado con las variaciones circadianas propias del envejecimiento, por alteraciones primarias o consecuencia de la mayor prevalencia de patologías asociadas.

Esto hace que esos grupos etarios manifiesten no estar contentos con su calidad del sueño en su gran mayoría. Sin dejar de lado las patologías asociadas ajenas a ese proceso natural, tales como los trastornos respiratorios que afectan los patrones del sueño repercutiendo en la condición mental, como lo exponen Mahowald (2007), Yaffe (2011).

Gu D (2010) en un estudio de población longeva en China asegura que la edad y la salud son los factores más importantes, que asociados con la calidad subjetiva del sueño y su duración, están implicados en una longevidad saludable.

En este orden de ideas, se apreció que en la población indígena estudiada el Componente (C2) Latencia del sueño se ve incrementada a medida que se avanza en edad. Lo mismo sucede con el Componente (C3) Duración del sueño, encontrándose que en el grupo etario entre 51 a 60 años (32%) refiere dormir menos de 5 horas por noche.

Según los estudios de (Partinen 2005) el número de horas que se necesita para despertar descansado es variable y depende de cada individuo y de su edad. Éste define que el sueño saludable que tiene una duración entre 5 y 6 horas por noche es llamado “sueño natural corto”, mientras que el sueño de 9,5 horas es llamado “sueño natural largo”.

Sin embargo, según (Kripke 1998), (Harrison, 2003) sostienen que, normalmente la mayoría de los adultos urbanos no requieren más de 8 horas de sueño para despertar descansados y este es considerado como sueño suficiente, asimismo se ha comprobado internacionalmente que durante la tercera edad disminuye la cantidad de horas necesarias para dormir.

En los indígenas venezolanos encuestados mayores de 61 años, se incrementó a (45%) aquellos que refieren dormir más de 7 horas. Esto coincide con las apreciaciones de los referentes mencionados. Resaltando lo que menciona Miró (2001): que los individuos que duermen entre 7-8 horas diarias son los que

gozan de mayores ventajas, tanto a nivel físico como psicológico y obtienen mejores puntuaciones de salud

De acuerdo con Irwin (2006), Pires (2007) y Ancoli (2009) la arquitectura del sueño varía con la edad y la incidencia del insomnio es más alta a medida que se avanza en edad con una menor eficiencia del sueño. Asimismo Foley (1995), Royuela (2000), (Romero, 2001). Kryger (2004) Blanco (2005), Vaz (2007), Tello (2009) y Monjan (2010) exponen que el envejecimiento normal conduce a un sueño menos restaurativo, caracterizado por reducciones en la duración del sueño, y al adelanto de la fase del ciclo sueño-vigilia.

Esa última referencia se hace evidente en las puntuaciones del (C4) de la población indígena encuestada, apreciándose que en el grupo etario de 50 a 70 años se obtuvo el 75% y 80% de respuestas que reflejan una eficiencia del sueño de "<65%"; los restantes grupos etarios se mantuvieron bastante equilibrados en este aspecto sin tendencias significativas.

En cuanto al (C5) Perturbaciones extrínsecas, éstas afectan a la población indígena encuestada con mayor frecuencia entre los 41 hasta los mayores de 70 años.

Se evidenció cierta tendencia a elevarse el (C6) Uso de medicación para dormir: entre los 41 a 60 años (16%), hasta los 70 (24%), pero nunca en más de una vez por semana. Mientras que el uso más frecuente de medicación quedó reducida a un muy bajo porcentaje (6%) en el grupo de 50 a 60 años.

En relación con el (C7) hubo casos en los que se presentó la disfunción diurna en más de 1 vez por semana pero nunca rebasó el 1 a 2% de la población entre 50 y 70 años.

Estos resultados son consistentes con la hipótesis planteada en esta investigación, en el sentido de que los procesos fisiológicos naturales se cumplen sin distingo de raza. En ello coinciden muchos estudios como los de Kamel

(2006), Cole (2007) quienes concuerdan en que la calidad del sueño se ve afectada negativamente por cambios en los patrones del sueño, los cuales forman parte del proceso normal de envejecimiento que resulta inevitable.

Esta realidad se ve modificada en aquellos indígenas que sufren procesos de aculturación en las grandes urbes. Hay autores como Jean Louise (2000-2001). que aseguran que estos grupos minoritarios suelen ser afectados por el racismo y la discriminación cuando se adentran en las culturas urbanas, lo que provoca un considerable estrés y ansiedad. La etnicidad y los procesos de integración socio-demográficos, tienen participación en los patrones del sueño según la edad.

## **ANÁLISIS DEL PSQI RELACIONADO CON LA OCUPACIÓN**

En cuanto a la ocupación u oficio que desempeñan los indígenas venezolanos encuestados, se encuentra que los Agricultores quienes representan el (20%) de la población estudiada, obtuvieron un PSQI de 5,09, el cual los ubica dentro del rango de buenos dormidores. Con las siguientes características:

Dentro de este grupo de agricultores se encontró que la percepción acerca del (C1) calidad subjetiva del sueño, “muy buena o bastante buena” superó el 90% y su puntuación fue de 0,61. El (C2) Latencia del sueño obtuvo la mayor puntuación de los componentes estudiados en los agricultores 0,94 y el responsable de ello fue que un (19%) de los encuestados refirieron tener una latencia del sueño de más de 1 hora.

El Componente (C3) Duración del sueño obtuvo una puntuación de 0,78 y esto se debió a que (75%) de los agricultores refirieron dormir “menos de 5 horas”, mientras que el (14%) duerme entre 6 y 7 horas y solo (12%) de ellos lo hace mas de 7 horas.

El Componente (C4) Eficiencia del sueño, en concordancia con las cifras anteriores, arrojó una puntuación de 0,68. Este componente puso en evidencia que

casi el (80%) de los agricultores tienen una eficiencia del sueño entre el  $< 65\%$  y  $>85\%$ , mientras que solo un (17%) presenta una eficiencia  $< 65\%$ .

El Componente (C5) perturbaciones extrínsecas del sueño, así como el Componente (C7) disfunción diurna, fueron los componentes que mayor peso tuvieron en la puntuación del SPQI con 1 punto cada uno. Mientras que la puntuación más baja la aportó el Componente (C6) uso de medicación hipnótica con 0,08 puntos.

En resumen los hallazgos de los componentes del PSQI estudiados en los Indígenas que se dedican a la agricultura, se encuentra que éstos consideran que su calidad de sueño es “muy buena o bastante buena”, la mayoría tiene una corta latencia del sueño y solo un pequeño porcentaje de ellos refiere requerir más de 1 hora para conciliar el sueño. Generalmente duermen entre 5 y 6 horas, con una eficiencia del sueño  $> 85\%$ , existiendo un elevado índice de perturbaciones extrínsecas y de disfunción diurna. No usan medicación para dormir.

Los autores Segui (2005), Ekblad (1998), Achotegui (2004) refieren que la situación de desarraigo de los trabajadores agrícolas emigrados, la falta de integración, problemas de convivencia o de falta de recursos, ponen de manifiesto a través de trastornos del sueño que suelen ser la expresión de un sufrimiento psicológico muchas veces no reconocido

El grupo de las Amas de casa obtuvo un PSQI de 5,42 que las cataloga como buenas dormidoras, en este grupo de indígenas los componentes responsables de esa puntuación se comportaron de la siguiente manera:

El (C1) calidad subjetiva del sueño al igual que otros grupos obtuvo una de las menores puntuaciones de 0,6, debido a que en aproximadamente el 90% de los casos consideró que ésta es muy buena o bastante buena. Mientras que el (C2) de latencia del sueño obtuvo la mayor puntuación debido a que casi el 40% de ellas manifestó requerir entre 30 minutos y más de 1 hora para conciliar el sueño.

Los componentes (C3) y (C4) obtuvieron puntuaciones de 0,66 y 0,69 respectivamente y ambos mantuvieron una tendencia bastante plana. Mientras que se evidenció la mayor elevación del puntaje en el (C5) perturbaciones extrínsecas y (C7) disfunción diurna, con 1 punto respectivamente y con una caída más intensa en el (C6) uso de medicación hipnótica son 0,23 puntos.

Resumiendo los hallazgos de los componentes del sueño en las amas de casa, se puede decir que: En su gran mayoría consideran que su calidad de sueño es muy buena o bastante buena, la mayoría tiene una corta latencia del sueño, pero también hay un (40%) de ellas que presentan una latencia de 30 minutos a más de 1 hora para conciliar el sueño.

Generalmente duermen entre 5 y 6 horas con una eficiencia del sueño > 85%, además entre ellas existe un elevado índice de perturbaciones extrínsecas y de disfunción diurna. No requieren de medicación para dormir. En las poblaciones urbanas, Lennon (1.994) expone que el quehacer doméstico a tiempo completo implica más autonomía, trabajos más rutinarios, pocas presiones del tiempo, y menos responsabilidad en materias fuera de su control. Esta descripción puede asimilarse a las actividades de las amas de casa indígenas.

Otros estudios como los de Sanz (2005) reflejan que las mujeres inmigrantes, trabajan como empleadas de hogar en soledad y aislamiento, asumiendo normas y pautas de conducta no propia. En las zonas urbanas casi el (33%) experimentan trastornos graves del sueño, fatiga e irritación debido a la contaminación sonora de la comunidad producida por las actividades humanas y por el ruido del tráfico. Habibulah (2007)

El grupo de los Docentes obtuvo un PSQI de 5,40 puntos. El (C1) Duración del sueño obtuvo 0,64 puntos debido a que (93%) de ellos refirieron una Muy buena o Bastante buena calidad del sueño y solamente un (7%) de ellos refirió tenerla bastante mala. En cuanto al (C2), (C3), (C4) y (C5) mantuvieron puntuaciones elevadas por encima de 1 punto, mientras que los componentes (C6) y (C7) presentaron una tendencia a cero puntos.



El grupo de las Enfermeras obtuvo el más bajo PSQI de todas las ocupaciones, con una puntuación de 1,76, de tal manera que se pueden considerar como las mejores dormidoras de la población estudiada. Destacándose que los dos únicos componentes que participaron en este índice fueron la (C3) Duración del sueño y (C4) con La eficiencia habitual del sueño con 0,38 puntos para cada uno, el resto de los componentes obtuvieron puntuación de 0.

El grupo de los Estudiantes obtuvieron una puntuación de 3,89 en el PSQI, con una tendencia bastante plana hacia bajos valores de los primeros cuatro componentes con dos elevaciones en el Componente (C5) perturbaciones extrínsecas del sueño y el componente (C7) disfunción diurna, con un componente (C6) de medicación hipnótica muy bajo.

En el grupo de los Obreros la puntuación del PSQI fue de 5,05. Se destaca que todas las puntuaciones de los componentes fueron de menos o igual a 1. En el grupo de aquellos que se ocupan (Otros) como oficios no clasificados obtuvieron un PSQI de 6,80, la cual los ubica dentro del rango de malos dormidores en un grado leve.

En este grupo se evidenció una tendencia bastante plana con ligeras elevaciones de los valores de los componentes (C1) y (C2) así como (C4) , (C5) y (C7) con un solo componente que tiende al alza el (C3) de duración del sueño que es contrarrestado por el (C6) uso de medicación hipnótica muy bajo.

Se puede resumir que en cuanto a la ocupación u oficio que desempeña la población indígena encuestada, las ocupaciones que gozan de una mejor calidad del sueño son las enfermeras, seguidas por los estudiantes con un empate entre Agricultores y Obreros y seguidos por las Amas de Casa y los Docentes, quienes lucen también bastante equilibrados. Destaca que los malos dormidores son aquellos que desempeñan ocupaciones ocasionales, o temporales no clasificables.

Los estudios epidemiológicos revisados, plantean coincidencias en la relación entre la ocupación y la calidad del sueño, por ejemplo: En la población americana Knudsen (2007), en la población alemana Vestrier (2008), en Australia Johnston (2007), en la población japonesa Kim (2000), Doi (2000 – 2003) y en Gran Bretaña Arber (2007), coinciden en que la sobrecarga del trabajo se asocia con una pobre calidad del sueño, con una latencia del sueño más larga y con disfunción diurna.

Asimismo en cuanto al tipo de trabajo Oginska (2006) detecta que las ocupaciones que requieren tareas repetitivas estuvieron asociadas a más días de insomnio, con una relación entre los factores productores de estrés laboral, la calidad del sueño, y estado de salud de los trabajadores, constituyéndose en un triángulo donde los factores que lo conforman interactúan entre sí afectándose recíprocamente.

Contrastando estos hallazgos con los encontrados en la población indígena venezolana estudiada, se encontró que en la mayoría de los casos, bien sea que se trate de agricultores o amas de casa, el trabajo cotidiano de éstas etnias varía y está sujeto a las necesidades del momento, adaptado al entorno natural con pocas presiones laborales ni sobrecargas, a pesar de que se trata de trabajos con exigencias físicas, éstas forman parte de sus tareas habituales. Estos aspectos serían coherentes con la buena calidad del sueño que se reporta.

Situación diferente ocurre con los obreros quienes si mantienen un horario y compromiso laboral diario al igual que los docentes. En este sentido hay reportes como los de Arber (2007) en cuya investigación detecta que el tener empleo hace que la persona goce de mejor calidad de sueño que el desempleado o el no tener trabajo fijo.

Los trabajadores a destajo o temporales, tienen un (40%) más posibilidades de tener mala calidad del sueño. En este aspecto se encuentra

coincidencia con la población indígena donde quienes refirieron no tener empleo fijo o bien no clasificable, fueron los únicos que mostraron ser malos dormidores.

La satisfacción laboral también juega un papel importante en la calidad del sueño, según las investigaciones mencionadas, los empleados mas descontentos presentan trastornos del sueño en el (33%) de los casos con respecto a un (18%) de aquellos satisfechos Arber (2007). En el caso de los pobladores indígenas venezolanos, amas de casa y agricultores quienes representan más del (50%) de la población encuestada cumplen sus tareas cotidianas con satisfacción laboral.

Otro hallazgo destacado internacionalmente en las poblaciones urbanas es que las personas con nivel educativo más alto, tienen una mejor calidad de sueño y que los profesionales disfrutan de mejor calidad de sueño que la clase obrera. En ese sentido, el caso de las enfermeras en las etnias indígenas venezolanas son reconocidas como de un nivel educativo superior al promedio de la población, y fueron quienes obtuvieron las mejores puntuaciones del PSQI.

En contraste, los hallazgos internacionales relacionados con la profesión de enfermería en pobladores urbanos son altamente contrarios con respecto a los resultados obtenidos en las etnias indígenas estudiadas. En ese sentido, Winwood (2006), Kunter (2007), Moon (2009) ponen en evidencia los trastornos del sueño de las enfermeras en la población Australiana, muy coincidentes con los trastornos del sueño de los trabajos por turnos Akerstedt (2003), tanto por las condiciones de trabajo como por las presiones laborales.

Estos resultados también difieren de los hallazgos publicados por Hughes (2004), Rogers (2003), Scott, citado en Hasson (2010) a nivel de enfermeras de centros Hospitalarios urbanos, donde los trastornos del sueño son bastante frecuentes, explicados probablemente por exposición repetitiva a estrés psicosocial combinado con horarios inadecuados de trabajo o trabajo por turnos, factores de riesgos socio-ambientales así como la interferencia del trabajo en la vida familiar.

En otras ocupaciones, otro aspecto interesante es que tanto los estudiantes como los docentes se agrupan con las amas de casa, agricultores y obreros, ocupando siempre el grupo de buenos dormidores. Dealberto (1992) citado en Serfaty (2004) encontró que entre estudiantes de Lyon el (13%) de los varones y el (17%) de las mujeres padecían de trastornos del sueño y el (10%) de ellos utilizaban medicamentos para dormir.

En estudiantes de París se detectó que el (21%) presentaron de trastornos del sueño y un (4%) tomaba medicación para dormir (Janson, 1995). Zieliski (1998) citados en Serfaty (2004) en Varsovia se encontró que el (21%) de los jóvenes padecían de trastornos del sueño moderados y un (7%) severos. Estos hallazgos difieren sustancialmente de los resultados obtenidos en los estudiantes de las etnias indígenas, quienes ostentan el 2º lugar como mejores dormidores después de las enfermeras.

## **ANÁLISIS DEL PSQI RELACIONADO CON LA REGIÓN GEOGRÁFICA**

El análisis del comportamiento del PSQI según las regiones geo-climáticas donde habitan las etnias indígenas venezolanas, revela que en las tres regiones geográficas abordadas, sus pobladores alcanzaron la calificación de buenos dormidores así:

Los pobladores de la región geográfica N°1 correspondiente a Guayana obtuvieron un PSQI de 4,82; Los de la región geográfica N°2 Los Llanos obtuvieron un PSQI de 5,58, y los de la región geográfica N° 3 Occidente fueron los que tuvieron la mejor puntuación cuyo PSQI fue de 3,89.

En las tres regiones geo-climáticas Los Componentes del PSQI se comportaron de la siguiente manera:

El (C1) Calidad subjetiva del sueño se manifiesta en las tres regiones con las mejores puntuaciones en una opinión de “muy buena o bastante buena” calidad del sueño, notándose que la mejor puntuación la obtuvieron los pobladores de la Región geográfica N°2 Los Llanos con 0,17 puntos respecto de las otras dos que obtuvieron 0,6 puntos en ambas poblaciones.

El (C2) latencia del sueño se manifestó con las mejores puntuaciones en la región N°3 con 0,67, mientras que en la región N°1 y 2, superaron la puntuación de 1.

El (C3) Duración del sueño presentó puntuaciones alrededor de 1 en la región N°2 y 3, mientras que la región N°1 fue de 0,54. Estas puntuaciones dan como resultado que el (C4) Eficiencia del sueño se manifieste con bajas puntuaciones en la región N°1 con 0,47 y la N°3 con 0,49. Mientras que la región N° 2 presentó puntuaciones más elevadas de 1,04.

En cuanto al (C5) Perturbación extrínseca, la puntuación fue de 1 y coincidente en las 3 regiones. Asimismo el (C6) Uso de medicación hipnótica obtuvo las más bajas puntuaciones en las 3 regiones y en el caso del (C7) disfunción diurna, solamente las regiones N° 1 y N° 2 obtuvieron puntuaciones de 1, mientras que la región 3 obtuvo 0 puntos. Esta última puntuación fue la responsable de que esta población se erigiera como la población de mejores dormidores de las tres encuestadas con 3,98 puntos.

En resumen se aprecia como los componentes (C2), (C5) y (C7) fueron los que contribuyeron a los valores más elevados del PSQI en las tres regiones, mientras que el Componente que contribuyó a los valores más bajos fue el Componente (C6) correspondiente al uso de medicación hipnótica.

Las características climatológicas de esas regiones se caracterizan por tener en común un clima tropical con pequeños cambios estacionales debido a que se localizan en latitudes cercanas al ecuador, lo que hace que existan leves modificaciones pero que se diferencian entre sí de la siguiente manera:

La Región Guayana (1) correspondiente a los estados Bolívar y Amazonas, se caracteriza por tener con un clima tropical o lluvioso cálido de selva tropical con una corta estación seca menor a 45 días.

La Región de los Llanos (2) compuesta por los estados Barinas y Apure con un clima tropical de sabana que comprende dos períodos definidos, seco entre diciembre y marzo, y lluvioso el resto del año.

La Región Occidental (3) que abarca los estados Táchira y Zulia comparte un clima templado de altura tropical con zonas semiáridas tropicales donde la evaporación es mayor que la precipitación como en la península de la Guajira.

Contrastando los resultados obtenidos en esta investigación con otras realizadas en países de otras latitudes se encuentra que los cambios estacionales tienen influencia en los patrones del sueño, que pueden manifestarse comúnmente por una fase del sueño nocturno retrasada hasta cerca en una y media hora en invierno con respecto al verano.

En otras latitudes, Koshaka (2005) sostiene que existe una sincronización estacional del sueño. Por otra parte Hardin (1991), Krueger (2009) reportan que los cambios estacionales, así como la latitud geográfica causan variaciones en los patrones del sueño. En USA Kasper (1989) Rosen (1.991). han detectado que los residentes de la Florida presentan menos alteraciones del sueño con los cambios estacionales que los habitantes de Maryland, Nueva York, o residentes de New Hampshire, asimismo los residentes de Maryland presentaron menos alteraciones que los de New Hampshire.

Igualmente Lingiaerde (1986) citado en Volkov (2007) reportó que los residentes de regiones más norteadas, incluyendo Noruega y el norte de los países del círculo polar, experimentan más hipersomnia durante el invierno; Sin embargo, más recientemente, Sivertsen (2011) presenta resultados controversiales donde no encuentra variaciones en la frecuencia del insomnio así como tampoco

en el horario de ir a la cama con respecto a cambios estacionales bastante extremos

En otros países como Japón, Okawa (1996) se encontraron mayores variaciones en la duración del sueño en ciudades más norteadas comparadas a ciudades más meridionales. En países africanos Buguet (1.990) aporta que las variaciones estacionales son limitadas en ese continente, debido a la proximidad del ecuador, y en esas latitudes no se revelaron cambios estacionales en los patrones del sueño.

Otro hallazgo fue el de Motmayeur (1.992) citado en Volkov (2007) quien sostiene que los caucásicos que vuelven a África adoptan los patrones de sueño normales, no estacionales, de las poblaciones africanas nativas. De tal manera que los hábitos culturales juegan un importante papel en ello y así lo apoya Guzman (2007).

Este tipo de comportamiento puede aproximarse más a la situación climatológica de Venezuela siendo más meridional y cercana al ecuador. Donde características climatológicas de las tres regiones geográficas en las que habitan las etnias indígenas venezolanas estudiadas, se mencionan como un factor a considerar.

En esta investigación, no se profundiza en ello ya que el abordaje de estas poblaciones se realizó durante la misma estación del año (Agosto) de tal manera que no se tienen elementos para contrastar su comportamiento en otras épocas del año.

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

Luego de haber analizado los 7 componentes del PSQI ligados a las etapas de la vida, al género, a la actividad laboral y al ambiente geográfico en el que habitan los indígenas venezolanos. Se llegó a caracterizar la calidad del sueño de esas etnias indígenas venezolanas con base en el comportamiento de esos componentes y su influencia en el resultado obtenido.

#### **CONCLUSIONES RELATIVAS AL COMPONENTE (C1) CALIDAD SUBJETIVA DEL SUEÑO**

Entre ambos géneros, apreció que una considerable mayoría por encima del 90% quienes tuvieron opiniones favorables de Muy Buena o Bastante Buena calidad del sueño con una prevalencia en el sexo masculino del 93% respecto del femenino con 91%. En cuanto a las opiniones desfavorables calificadas como bastante mala y muy mala, los porcentajes fueron bastante bajos, alrededor de 7% para los hombres y superado con 9% por las mujeres.

En cuanto a los grupos etarios los altos porcentajes de opinión de “Muy buena o Bastante buena” calidad del sueño predominan en los grupos más jóvenes por debajo de los 40 años con opiniones favorables por encima del 94%; pero a medida que aumenta la edad aumenta la opinión favorable se reduce de 85% A 82% entre los grupos de 41 a 60 años, para presentar un nuevo repunte en el grupo de 61 a 7 años donde se eleva el porcentaje de opiniones favorables a 95%. La opiniones desfavorables de muy mala o bastante mala calidad del sueño tuvieron una tendencia inversa, a medida que se incrementa la edad se incrementan los porcentajes de 1,8% para el grupo etario de 10 a 20 años hasta 25% en el grupo de 61 a 70 años.



En cuanto a la ocupación que desempeñan las personas encuestadas se evidencia que la opinión favorable de muy buena y bastante buena calidad del sueño en mayor grado son las enfermeras y los estudiantes con un porcentaje (100%), seguidos por los obreros con 98%, luego los docentes con 93% muy parejos con los agricultores con 92%, le siguen las amas de casa con 89,4%, por último y con el porcentaje más bajo de opiniones favorables se encontraron los indígenas en la categoría de “otros” quienes tienen ocupaciones no clasificables y temporales con un 80% de opiniones favorables. En cuanto a las opiniones desfavorables acerca de su calidad del sueño el mayor porcentaje se detecta dentro del grupo de Otros en un 20% de éstos, seguidos por un 10% del grupo de amas de casa, 8% y 7% de los agricultores y los docentes respectivamente y solamente el 2% de los obreros tuvieron esa opinión.

En cuanto a las regiones geográficas la opinión favorables de “Muy buena y bastante buena” calidad del sueño prevalece dentro de las 3 regiones geográficas, apreciándose que dentro de los habitantes de cada una predominan las opiniones favorables por encima del 90% hasta un 93% de sus habitantes; Mientras que las opiniones desfavorables de Bastante mala y Muy mala calidad del sueño se mantiene por debajo del 10% con diferencias muy poco significativas.

## **CONCLUSIONES RELATIVAS AL COMPONENTE (C2) LATENCIA DEL SUEÑO**

El porcentaje marginal refleja que dentro de los indígenas estudiados del género femenino, poco menos de la mitad refieren conciliar el sueño en  $\leq 15$  minutos y más de la mitad de los hombres (56%) de los hombres coinciden en ello.

Cabe resaltar también, que el (21,3%) del grupo de las mujeres, respondieron requerir más de 60 minutos para conciliar el sueño, y dentro del género masculino presentan esta modalidad el (15,4)% de ellos. ( $p=0,077$ ).

En cuanto a la edad se aprecia en líneas generales que en (48,4%) de la población general refiere conciliar el sueño en  $\leq 15$  minutos, solo (21%) demora hasta media hora y un porcentaje muy cercano a este (19%) requieren de más de 1 hora para conciliar el sueño, ocurriendo con más frecuencia entre los sujetos incluidos en los grupos etarios de 31 a 60 años.

El mayor porcentaje (64%) de sujetos entre los 10 y 20 años concilian el sueño en  $\leq 15$  minutos, y el (58%) lo hace el grupo etario de 21 a 30 años, mientras que el (20,6%) lo hacen en  $< 30$  minutos. Datos que se corresponden con una población joven. La latencia del sueño correspondiente a  $\leq 15$  minutos en conciliar el sueño, presenta una tendencia decreciente a medida que avanza la edad, mientras que en las restantes mediciones, tienden a aumentar moderadamente con la edad.

Existiendo relación entre los grupos etarios y la latencia del sueño con una confiabilidad del 95% ( $p=0,005$ ) y el coeficiente Gamma de correlación indica la presencia de relación positiva y que a medida que aumenta la edad, aumenta el índice de latencia del sueño. (Gamma=0,259,  $p=0,00 < 0,05$ ).

En cuanto a la variable ocupación, se evidencia que las Enfermeras en su totalidad refieren dormirse en  $\leq 15$  minutos, modalidad que predomina en todas las ocupaciones a excepción de los docentes en cuyo grupo predominan aquellos que concilian el sueño entre 15 y 30 minutos. Cabe resaltar que en el grupo de las amas de casa existe el mayor porcentaje de personas que refieren requerir más de 1 hora para dormirse.

Dentro del grupo de otras profesiones hay un 24% de personas que requieren entre 30 minutos y 1 hora para conciliar el sueño. El Chi cuadrado arroja que existe una relación entre las ocupaciones y la latencia del sueño con

una confiabilidad del 95%, ( $p=0,018 < 0,05$ ), y que el coeficiente V de Cramer de correlación indica una relación medianamente importante entre ambas variables, (V de Cramer =0,17,  $p=0,018 < 0,05$ ).

En cuanto a la ubicación geográfica que habitan los indígenas encuestados, las regiones Guayana (1) y Occidente (3), fueron los grupos que en más del (50%) refirieron conciliar el sueño en  $\leq 15$  minutos, (50%) y (60%) respectivamente. Mientras que (24%) de los habitantes de la región Guayana (1) respondieron que tardan en conciliar el sueño más de 1 hora.

El Chi cuadrado arroja que existe una relación entre las regiones geográficas y la latencia del sueño con una confiabilidad del 95%, ( $p=0,000 < 0,05$ ), mientras que el coeficiente V de Cramer de correlación indica una relación medianamente importante entre ambas variables, (V de Cramer =0,18,  $p=0,000 < 0,05$ ).

### **CONCLUSIONES RELATIVAS AL COMPONENTE 3 (C3) DURACIÓN DEL SUEÑO**

Este componente refleja la clara tendencia a dormir más de 7 horas en (63%) de la población. Los porcentajes marginales evidencian que dentro del género femenino, la repuesta de dormir más de 7 horas prevalece con (66%) con respecto a (60%) del género masculino.

En las puntuaciones intermedias hay un valle de descenso de los porcentajes, elevándose hasta un (16%) en la duración del sueño de  $\leq 5$  horas en el sexo masculino con respecto a un (14 %) en el grupo femenino. El Chi cuadrado arroja que no existe una relación entre el género y la duración del sueño con una confiabilidad del 95%, ( $p=0,702 > 0,05$ ).

En cuanto a la edad se aprecia que la puntuación de duración del sueño de  $>7$  horas recoge la mayoría de las respuestas (63%) de la población general, correspondiendo el porcentaje más elevado (20%) al grupo etario de 21 a 30 años,

seguido con un (13%) del grupo inmediatamente superior en edad de 31 a 40 años.

El (84 %) de los integrantes del grupo etario de 10 a 20 años manifiesta dormir >7 horas. Apreciándose un descenso progresivo de la duración del sueño a medida que avanza la edad, con una tendencia a incrementarse nuevamente hasta (45%) en el grupo de los mayores de 61 años. Destaca que aquellos que duermen  $\leq 5$  horas representan (15%), pero es en el grupo entre 51 y 60 años donde se recoge esa respuesta con mayor frecuencia (32%).

El Chi cuadrado arroja que existe relación entre los grupos etarios y la duración del sueño con una confiabilidad del 95% ( $p=0,001 < 0,05$ ), mientras que el coeficiente Gamma de correlación indica la presencia de relación positiva y que a medida que aumenta la edad, se incrementan los sujetos que duermen menos horas. (Gamma=0,330,  $p= 0,00 < 0,05$ ).

En cuanto a la ocupación, se detecta que los porcentajes marginales reproducen la alta incidencia que tiene la respuesta de duración del sueño de > 7 horas en cada una de las ocupaciones, destacándose las enfermeras (89%) y (77%) de los estudiantes, mientras que las amas de casa opinaron de igual manera (67%).

El Chi cuadrado arroja que existe una relación entre las ocupaciones y la duración del sueño con una confiabilidad del 95%, ( $p=0,007 < 0,05$ ), mientras que el coeficiente V de Cramer de correlación indica una relación medianamente importante entre ambas variables, (V de Cramer =0,184,  $p=0,007 < 0,05$ ).

En cuanto a las regiones geográficas que habita la población, se evidencia que la mayor frecuencia de respuestas (63%) respondió dormir > 7 horas en todas las regiones. Correspondiendo a la región Guayana (1) el mayor porcentaje (72%). En Los Llanos y en la región Occidente tuvieron porcentajes similares entre sí (56%) y (54%) respectivamente.

El Chi cuadrado arroja que existe una relación entre las regiones geográficas y el componente de duración del sueño con una confiabilidad del 95%, ( $p=0,013 < 0,05$ ), mientras que el coeficiente V de Cramer de correlación indica una relación medianamente importante entre ambas variables, ( $V \text{ de Cramer} = 0,151, p=0,013 < 0,05$ ).

#### **CONCLUSIONES RELATIVAS AL COMPONENTE 4 (C4) EFICIENCIA HABITUAL DEL SUEÑO**

El (C4) calculado en  $>del 85\%$ , obtuvo los mayores porcentajes (70%), correspondiendo (38%) al género femenino y (32%) al masculino. La eficiencia de  $< del 65\%$  se mantuvo prácticamente equilibrada para ambos géneros alrededor del (17%). Los porcentajes marginales evidencian que dentro de cada género la tendencia fue hacia la respuesta  $>del 85\%$ . El Chi cuadrado arroja que no existe relación entre el género y la eficiencia del sueño con una confiabilidad del 95%, ( $p=0,0774 > 0,05$ ).

En cuanto a la edad los porcentajes marginales evidenciaron que la eficiencia del sueño  $>85\%$  tiene una tendencia bastante homogénea dentro de cada grupo etario; mientras que en los grupos etarios entre 51 y 70 años la tendencia de la eficiencia del sueño de  $<65\%$  es hacia el alza.

En ese mismo grupo etario se evidencia una caída de los porcentajes en cuanto a la eficiencia del sueño entre (75% y 84%). En líneas generales no existe una tendencia franca en alza o en baja, sino bastante equilibrada en los diferentes grupos etarios. El Chi cuadrado arroja que no existe relación entre los grupos etarios y la eficiencia del sueño con una confiabilidad del 95% ( $p=0,084 > 0,05$ ).

En cuanto a la ocupación, los porcentajes marginales evidencian también que dentro de cada ocupación la eficiencia del sueño de  $>del 85\%$  es la mayoría destacándose las Enfermeras con el mayor porcentaje.

Se evidenciaron porcentajes alrededor del (20%) en casi todas las ocupaciones en relación con la eficiencia del sueño  $< 65\%$ , a excepción de los estudiantes quienes manifestaron esa eficiencia solo el (8%) de ellos. El Chi cuadrado arroja que existe una relación entre las ocupaciones y la eficiencia del sueño con una confiabilidad del 95%, ( $p=0,014 < 0,05$ ), mientras que el coeficiente V de Cramer de correlación indica una relación leve entre ambas variables, ( $V \text{ de Cramer} = 0,171, p=0,014 < 0,05$ ).

#### **6.1.5.- CONCLUSIONES RELATIVAS A COMPONENTE 5 (C5) PERTURBACIONES EXTRINSECAS DEL SUEÑO**

En la población general encuestada, se aprecia que la mayoría de la población no refiere perturbaciones del sueño.

Se detecta que existe relación entre la variable Género y el Despertarse en mitad de la noche, destacando que el género femenino ve perturbado su sueño con despertares nocturnos de hasta 3 veces por semana en (13,7%), mientras que esta eventualidad se ve en (5,4%) del género masculino. La afectación que provoca despertares nocturnos de hasta tres veces por semana fue “el calor”, con porcentajes de (12%) en los hombres y (16%) para las mujeres.

Según la prueba del Chi cuadrado se obtuvo ( $p=0,039 < 0,05$ ) lo que indica una relación significativa entre el género y los despertares nocturnos con una relación leve de V de Cramer de (0,148 con una  $p=0,039 < 0,05$ ).

En cuanto a los grupos etarios se evidencia que del grupo de 10 a 20 años, el (9%) respondió no presentar despertares nocturnos, asimismo el grupo de 21 a 30 años el 12% correspondió a no tener despertares nocturnos. En la década de 31 a 40 años el (8%) correspondió a despertarse por lo menos 1 vez por semana respecto del (7%) que refiere no presentar despertares nocturnos. A partir de los 41 años en adelante se aprecian porcentajes cada vez menores.

Los despertares nocturnos hasta 3 veces por semana se presentaron solamente entre el (1,3%) y (2,4%) de los casos y el mayor porcentaje a la década de 21 a 30 años. Según la Chi cuadrado se desprende ( $p=0,16 < 0,05$ ), asimismo el despertarse por Tos y el dolor se ve incrementado progresivamente con la edad, en el caso de la tos se encuentra una Chi cuadrado de ( $p=0,00 < 0,05$ ) y en el caso de despertares por dolores ( $p=0,007 < 0,05$ ).

El porcentaje marginal de los despertares nocturnos según los grupos etarios evidencia que a medida que se avanza en edad hay menos perturbaciones en menores de 40 años, apreciándose una elevación progresiva a medida que se avanza en edad a partir del grupo de 41 a 50 años hasta más de 70. Probablemente por las variadas patologías que usualmente afectan a esos grupos etario.

No se apreciaron mayores diferencias dentro de cada grupo etario, en cuanto a las perturbaciones del sueño por tener que levantarse para ir al baño y los mayores porcentajes se correspondieron con la puntuación de **nunca=0**. Lo mismo sucede con la dificultad para respirar, donde no hay diferencias significativas.

En cuanto a las perturbaciones por la tos se evidencia una tendencia a incrementarse la frecuencia de esta perturbación con la edad especialmente a partir del grupo etario por encima de los 40 años. La Chi cuadrado demuestra que hay relación con una ( $p=0,00 < 0,05$ ) con una V de Cramer (0,215 para una  $p=0,00 < 0,05$ )

la perturbación del sueño por pesadillas tiene más tendencia a aparecer en las etapas medias de la vida. La perturbación del sueño causada por algún tipo de dolor evidencia que a pesar de que los mayores porcentajes se inclinan hacia no tener perturbaciones por esta causa, después de los 40 años de edad hay una ligera tendencia a incrementarse. La Chi cuadrado demuestra que hay relación con una ( $p=0,00 < 0,05$ ) con una V de Cramer (0,215 para una  $p=0,00 < 0,05$ )

En cuanto a la Ocupación, se aprecia la elevada tendencia que presenta la puntuación de 0 puntos en todas las categorías del (C5), prevaleciendo las enfermeras y los estudiantes por encima del resto de las ocupaciones. Asimismo la puntuación de 3 presenta los más bajos porcentajes. En cuanto a la perturbación por la necesidad de ir al baño, son los estudiantes los que se comportan diferentes al resto de las ocupaciones, donde el 70% de los sujetos nunca se despiertan para ir al baño.

Los integrantes de las categorías no clasificadas (Otros) presentaron los mayores porcentajes en cuanto a despertarse una vez por semana manteniendo porcentajes medianamente elevados en las categorías de 2 y 3 puntos conjuntamente con las amas de casa.

En cuanto a las regiones geográficas, la distribución marginal revela que la región (2) los Llanos presenta más perturbaciones entre sus habitantes que el resto de las regiones geográficas, viéndose afectados por 5 perturbaciones que les ocurren hasta tres veces por semana, a saber: Levantarse para el baño (5%), tos (9%), pesadillas (6%) y dolores (12%), siendo el calor (28%) el que los afecta en mayor porcentaje. con una Chi cuadrado de ( $p=0,013<0,05$ ).

Los habitantes de la región de Guayana (1) también se ven afectados por perturbaciones que les ocurren hasta tres veces por semana, a saber: levantarse al baño, tos, frío y pesadillas en porcentajes muy bajos que van de (4% al 7%) de sus habitantes. Mientras que la región que presenta menos perturbaciones es Occidente (3). Existiendo una relación estadísticamente significativa con la Chi cuadrado que arroja ( $p=0,001<0,005$ ).

Se detecta que existe relación significativa entre la región (2) Los Llanos con las variables de perturbación en cuanto a que muestran mayores niveles de despertares nocturnos con una Chi cuadrado de ( $p=0,013<0,05$ ). Destacándose la de despertarse para ir al baño, la cual presentó similar relación significativa, seguidas por el calor y el dolor en relación a la misma región (2).



la distribución marginal de las perturbaciones del sueño entre los encuestados de la región Apure Barinas (2) se comportan diferentes a Táchira y Zulia (3) en cuanto a despertarse en mitad de la noche, o para ir al baño así como también por el calor o por sentir dolor presentando mayor frecuencia con respecto a la región Guayana (1). Esto es estadísticamente significativo porque el Chi cuadrado arroja ( $p=0,001<0,005$ ).

## **CONCLUSIONES RELATIVAS AL COMPONENTE 6 (C6) USO DE MEDICACION HIPNÓTICA**

En cuanto al género aquellos sujetos que han refieren haber requerido medicación para dormir, ha sido en muy bajo porcentaje sin sustanciales diferencias. En cuanto a los grupos etarios predomina la no utilización de medicación hipnótica para dormir en todas las edades. Existe tendencia a elevarse entre los 41 a 60 años (16%) hasta los 70 (24%) pero nunca más de una vez por semana. Mientras que el uso más frecuente de medicación queda reducida a un muy bajo porcentaje (6%) en el grupo de 50 a 60 años.

En relación con la ocupación se detecta que las enfermeras en su totalidad consideran que no usan medicación alguna. El grupo de “otras ocupaciones” destaca con mayor uso de medicación para dormir y presenta un uso decreciente de la medicación entre menos de una vez por semana hasta tres veces por semana. Con (35%) que la ha usado entre menos de 1 y 2 veces por semana y (4%) más de tres veces por semana.

En cuanto a la región geográfica se apreció que la mayoría respondió que no usan medicación hipnótica para dormir. La región Occidente (3) presenta un (19%) que refiere haberla necesitado menos de 1 vez por semana y dentro de la región geográfica Los Llanos (2) hay un porcentaje del (5,2%) que la ha necesitado entre 1 y 2 veces por semana, mientras que el porcentaje más elevado

de requerir medicación más de 3 veces por semana se encuentra en el grupo de Guayana (1) con (2%).

## **CONCLUSIONES RELATIVAS AL COMPONENTE 7 (C7) DISFUNCIÓN DIURNA**

En cuanto al Género se obtuvieron porcentajes muy equilibrados entre ambos géneros del (47%). En el género femenino hay una mayor tendencia a sufrir de disfunción diurna, desde una o dos veces por semana y hasta más de tres por semana. Mas sin embargo la Chi cuadrado refleja que no existe relación entre las variables ( $p=0,092>0,05\%$ ).

En cuanto a la edad, no se aprecian diferencias significativas. Se evidencia una tendencia bastante plana en cuanto a nunca haber padecido de disfunción diurna, apreciándose que existe una tendencia a incrementar levemente la misma con el incremento de la edad a partir de los 31 años en adelante, pero por la prueba de Chi cuadrado pareciera que la edad no influencia la disfunción diurna ya que la misma arroja ( $p=0,152>0,05$ ).

Con respecto a la ocupación se evidencia predominan los porcentajes más elevados, en cuanto a que no les ocurre disfunción diurna alguna. Se aprecia un (36%) le ocurre por lo menos 1 vez por semana en casi todas las ocupaciones con casi ninguna incidencia en las enfermeras. Encontrándose que no existe relación significativa entre las variables de ocupación y disfunción diurna con una Chi cuadrado de ( $p=0,466>0,05$ ).

En cuanto a la región geográfica se aprecia que en Occidente (3) se presenta el mayor porcentaje de población exenta de disfunción diurna mientras que en Los Llanos (2) y Guayana (1) presentaron los más altos índices de disfunción, entre los que la manifestaron menos de una vez por semana y entre 1 y más veces por semana.

Según la Chi cuadrado en la variable somnolencia no se aprecia relación entre las regiones geográficas siendo ( $p=0.100>0,05$ ) y para la variable desgano diurno si se presenta relación con las variables de regiones geográficas, mayormente en la región (1) de Guayana donde la Chi cuadrado es de ( $p=0,038<0,05$ ).

### **CONCLUSIONES RELACIONADAS CON LAS PUNTUACIONES DEL PSQI SEGUN LAS VARIABLES ESTUDIADAS**

La puntuación que obtuvieron los hombres encuestados fue de 5,12 puntos, donde las perturbaciones del sueño (C5) participaron al igual que la disfunción diurna (C7) con mayor intensidad que los otros componentes. Las mujeres encuestadas obtuvieron 5,30 puntos, el cual las coloca al igual que a los hombres dentro del rango de buenos dormidores, con participación de puntuaciones más elevadas en los componentes (C2), (C5) y (C7).

En cuanto a los grupos etarios entre los 10 a 20 años se obtuvo un PSQI de 5,2. La mejor puntuación de buenos dormidores correspondió al grupo de 21 a 30 años con un PSQI de 4,5. En el grupo de 51 a 60 años el PSQI fue de 6,63 y de 61 a 70 años fue de 6,83, para volver a reducirse en los mayores de 70 años a 4,78. Estos hallazgos son consistentes con la hipótesis propuesta de que los procesos fisiológicos naturales se mantienen aun en etnias o razas diferentes.

En cuanto a la ocupación u oficio que desempeña la población indígena encuestada. El grupo de los Agricultores obtuvo un PSQI de **5,09**, con una tendencia bastante plana entre los primeros 4 componentes evidenciándose una elevación en (C5) las perturbaciones extrínsecas del sueño así como (C7) la disfunción diurna, con una caída muy intensa a 0 en el (C6) correspondiente al uso de medicación hipnótica.

Las Amas de casa obtuvieron un PSQI de **5,42**, se evidencia un alza en el (C2) de latencia del sueño con una tendencia bastante plana entre los componentes (C3) y (C4) evidenciándose una elevación en las perturbaciones extrínsecas del sueño así como la disfunción diurna, con una caída muy intensa en el (C6) correspondiente al uso de medicación hipnótica.

Los Docentes obtuvieron un PSQI de **5,40**, con una tendencia a mantenerse elevados los componentes (C2), (C3), (C4) y (C5), con una tendencia hacia la baja en los componentes (C6) y (C7) siendo estos últimos los que participan en mantener los bajos valores del PSQI. Los docentes presentan un comportamiento significativamente diferente a nivel del comportamiento de los 6 componentes en comparación con las otras ocupaciones.

Las Enfermeras obtuvieron la puntuación más baja de toda la población indígena encuestada con un PSQI de **1,76**. Los dos únicos componentes que participaron en este índice fueron la Duración del sueño y La eficiencia habitual del sueño, el resto de los componentes obtuvieron puntuación de 0, de tal manera que ello explica el bajo puntaje del PSQI en esta ocupación.

Los Estudiantes obtuvieron una puntuación del PSQI de **3,89** con una tendencia bastante plana hacia bajos valores de los primeros cuatro componentes, con dos elevaciones en el (C5) las perturbaciones extrínsecas del sueño y (C6) de la disfunción diurna con un componente (C7) medicación hipnótica muy bajo.

Los Obreros obtuvieron una puntuación del PSQI de **5,05** la cual los ubica dentro del rango de buenos dormidores. Se evidenció una tendencia bastante plana hacia bajos valores de los primeros cuatro componentes con dos elevaciones del (C5) las perturbaciones extrínsecas del sueño y del (C6) la disfunción diurna con un componente (C7) medicación hipnótica muy bajo.

El grupo “Otros” obtuvieron un PSQI de **6,80**, lo cual los ubica dentro del rango de malos dormidores en un grado leve ya que el punto de corte es de menos o igual a 5 puntos para los buenos dormidores y de 6 a 8 para malos dormidores

en grado leve. Solamente el (C3) de duración del sueño obtuvo 1,4 puntos mientras que el (C6) uso de medicación hipnótica muy bajo de 0,62. El resto de los Componentes obtuvieron 1 punto.

Los habitantes de la región geográfica N° 1 Guayana obtuvieron un PSQI de **4,82**, el cual está por debajo del punto de corte de menos o igual a 5, que los cataloga como buenos dormidores. Los componentes (C2), (C5) y (C7) se presentaron en alza con respecto a una tendencia a la baja del componente (C6) y una tendencia intermedia de los componentes (C1), (C3) y (C4).

Los habitantes de la región geográfica N° 2 los Llanos obtuvieron un PSQI de **5,58**, el cual está por encima del punto de corte  $\leq 5$  que los cataloga como buenos dormidores sin alcanzar los 6 puntos de malos dormidores. En cuanto a los componentes, los valores más elevados correspondieron a casi todos los componentes excepto (C1) y (C6) que presentan una clara tendencia a la baja.

El PSQI de la región geográfica (3) Occidente es de 3,98 resultando ser el más bajo de las tres regiones, el cual está por debajo del punto de corte de menos o igual a 5, lo que cataloga a los habitantes de esta región como los mejores dormidores de las tres regiones estudiadas. El (C3) duración del sueño y las perturbaciones extrínsecas del sueño (C5) obtuvieron la puntuación de 1 respectivamente, y no se presentó disfunción diurna en esta región.

Según la región geográfica que habita la población indígena encuestada los componentes (C2), (C5) y (C7) fueron los que contribuyeron mayormente a los valores más elevados del PSQI en las tres regiones, y los Componentes que contribuyeron a los valores más bajos fue el Componente (C6) correspondiente al uso de medicación hipnótica.

### **6.1.9.- CONCLUSIONES FINALES:**

Los indígenas venezolanos estudiados pertenecen a un estrato de población adaptada a los ambientes rurales, saben utilizar el horario, se comunican en su lengua y en español, han cambiado parcialmente hábitos culturales, una minoría tienen niveles de formación como docente o auxiliares de enfermería otros son estudiantes.

Estas comunidades indígenas estudiadas son un grupo transicional entre los aquellos que habitan zonas selváticas de difícil acceso, que no manejan el idioma español ni se interrelacionan fácilmente con el extraño que los visita y los pueblos rurales más accesibles.

En esta investigación se comprobó la hipótesis planteada de que “Ante el hecho de que en los ambientes indígenas no existen muchos de los contaminantes urbanos tales como: el ruido, la luz eléctrica, tecnología, presiones laborales etc., que alteran la calidad del sueño. Éstas gozan de una buena calidad del sueño sujeta a las variaciones naturales propias del género y de las etapas de la vida, o bien por factores externos propios de su desempeño ocupacional o hábitat geoclimático.

En ese sentido, se determinó el comportamiento de los diferentes componentes de la calidad del sueño en estas etnias: Según el género, tanto hombres como mujeres resultaron ser buenos dormidores, las mujeres presentaron una latencia del sueño más prolongada que los hombres pero en el resto de los componentes no se apreciaron mayores diferencias entre ambos.

En cuanto a las etapas de la vida, se evidenció que se trata de una población joven, donde en el mayor porcentaje (80%) de la población está por debajo de 50 años y el 20% se ubica el grupo etario entre 51 a 70 años de los cuales el 3,7% manifestó tener mala calidad del sueño. En éste último grupo se presentaron puntuaciones del PSQI entre 6,63 y 6,83 de malos dormidores en grado leve; mientras que el resultan ser muy buenos dormidores.

En cuanto a la actividad laboral (ocupación), los indígenas estudiados desempeñan diversas ocupaciones que en general obtuvieron puntajes del SPQI de buenos dormidores a excepción de aquellos indígenas que no tienen ocupación fija u ocupaciones a destajo no clasificables, quienes manifestaron estar insatisfechos de su calidad del sueño (2,4%) y presentaron puntuaciones de malos dormidores en grado leve de 6,8.

En relación con el ambiente geo-climático en el que habitan, el SPQI se mantuvo en el rango de buenos dormidores y solamente los habitantes de la región de los Llanos, presentaron una puntuación de 5,58, sin alcanzar el punto de corte de 6 que los calificaría como malos dormidores en grado leve. La región cuya población goza de SPQI con mejor puntuación como buenos dormidores, fue la de Occidente con una puntuación de 3,68.

Sin embargo estos datos no son muy relevantes ya que el estudio se llevó a cabo en la misma época (Agosto) en las tres visitas. Pudiendo haber variaciones a lo largo de otras épocas del año, relacionados con los patrones culturales de cada grupo indígena. Esto podrá ser objeto de otras investigaciones.

Contrastando los resultados obtenidos con los referentes bibliográficos nacionales e internacionales que estudian el tema de la etnicidad y las migraciones indígenas hacia las ciudades. Se detectó que definitivamente los indígenas venezolanos estudiados en su ambiente natural reflejan una mejor calidad de sueño que aquellos que emigran a regiones urbanas, donde la aculturación, la discriminación, y el proceso de adaptación tienen efectos deletéreos en su calidad de sueño con repercusiones en su calidad de vida y en su salud mental.

Se encontraron coincidencias entre los resultados de esta investigación con los de Reimao (1989) en Brasil quien estudió los indígenas de la etnia Terena del Mato Grosso en su ambiente natural, encontrando resultados similares a las etnias venezolanas.

En cuanto la utilidad del PSQI, se considera que es un instrumento muy útil en atención primaria, permitió calificar adecuadamente a los pobladores. Por otra parte permitió detectar tanto los aspectos subjetivos de la calidad del sueño como los aspectos objetivos medibles y detectar el pequeño porcentaje de malos dormidores que requerirán asistencia.

## **6.2.- RECOMENDACIONES**

Se recomienda replicar o expandir este tipo de investigaciones a otras etnias indígenas latinoamericanas para contrastar los resultados y llegar a caracterizaciones de la calidad del sueño de estas latitudes.

Divulgar los datos de esta investigación a la comunidad científica nacional e internacional para que esta información alimente una base de datos accesible por los especialistas o interesados en el tema.

Divulgar los datos de esta investigación a las entidades gubernamentales para que sea de utilidad en la conformación de planes de salud dirigidos a mejorar las condiciones de las etnias indígenas del país y su entorno cultural.

Se recomienda incorporar el uso del PSQI en los programas de salud de atención primaria, dirigidos a estas comunidades. Hay un gran trabajo por delante, para satisfacer la necesidad de adaptar instrumentos como el SPQI, dirigidos a aquellas etnias inabordables con los instrumentos tradicionales, se requerirá de estrategias innovadoras con instrumentos traducidos a sus lenguas manteniendo la calidad del mismo.



## BIBLIOGRAFIA

- Abetz, I.; Allen R.; Follet, A.; Washburn, T.; Earley, C.; Kirsch J.; Knight H. (2004). Evaluating the quality of life of patients with restless legs syndrome. *Clin Ther.* 26 (6): 925-935.
- Achotegui J. Inmigrantes en situación extrema. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple. *El Medico* 2004; 7 mayo: 18-20. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/502>
- Acosta G. (2002) Trastornos del sueño en la menopausia. *Revista colombiana de menopausia. Publicación oficial de la Asociación Colombiana de Menopausia Volumen 8 - No. 4 Año Sexto número - Tercer milenio.*
- Acosta, S. M. *Estudios de etnología antigua de Venezuela.* Universidad central de Venezuela. Biblioteca. 1.961. 2ª Edición. Caracas. Venezuela
- Adan, A. (1997) Diferencias individuales en las variaciones fisiológicas y comportamentales. *Revista latinoamericana de Psicología.* Vol. 29, Nº 1 pp 81-114. Bogotá Colombia.
- Agudelo, H., Franco, A., Alpi, S., Tobon, S., Sandin, B. (2008) Trastornos del sueño, salud y calidad de vida: Una perspectiva desde la Medicina Comportamental del Sueño. *Suma Psicológica.* Vol. 15. Nº 1. Marzo . 217-240. Bogotá Colombia.
- Akerstedt T. Shift work and disturbed sleep/wakefulness Oxford Journals Medicine Occupational Medicine Volume 53, Issue 2 Pp. 89-94 Disponible en: <http://occmed.oxfordjournals.org/content/53/2/89.short>
- Alcorta M., Ayala L. *Calidad de sueño y factores asociados en adultos mayores que acuden a consultorio externo del Hospital Nacional Cayetano Heredia.* Tesis de grado de Medicina. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, 2003.
- Ancoli, I. Sleep and its disorders in aging populations. (2009) *Sleep med.* Sep;10 Suppl 1:S7-11.
- Anuario estadístico de Venezuela. *Censo poblacional.* Oficina Central de Estadísticas e Informática. OCEI 2.004
- Arber S., Bote M., Meadows R., Gender and socioeconomic patterning of self-reported sleep problems in Britain. *Soc Sci Med* 2009;68:281-9.
- Arber, S., J. Hislop, M. Bote, and R. Meadows. (2007). "Gender roles and women's sleep in mid and later life: A quantitative approach." *Sociological Research Online* 12. Disponible en <http://ideas.repec.org/a/sro/srosro/2007-18-2.html#abstract>

- Arias, F., *El proyecto de Investigación, Introducción a la metodología científica*. 5ª Edición. Editorial Episteme. ISBN: 980-07-8529-9. D.L.: If 52620020012541. Caracas. Venezuela. 2006.
- Arvelo N., Biord a. Hurtado A., Perozo D., Vidal, O., 1.990 *Indios e indigenismo ante la expansión de fronteras hacia el eje fluvial Orinoco Apure*. Caracas; Dpto Antropología, IVIC
- Bakken K, Melhus M, Lund E.( 2006). Use of hypnotics in Sámi and non-Sámi populations in northern Norway. *Int J Circumpolar Health Jun*;65(3):261-70. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16871832>
- Benington JH Sleep homeostasis and the function of sleep. *Sleep*. 2000 Nov 1;23(7):959-66.
- Biord, H. Multietnicidad, pluriculturalidad y multilingüismo en Venezuela. En: *Multiculturalismo, educacion, interculturalidad*. Asociacion Venezolana de Educacion católica. 2002.
- Bixler M., Papaliaga A., Vgontzas N. (2009) Efectos de la edad y la menopausia. *Journal of Sleep Research Jun*; 18(2):221-228
- Bixler M., Vgontzas N et al (2001) Sleep-Disordered Breathing and Respiratory Regulation Prevalence of Sleep-disordered Breathing in Women. Effects of Gender. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine Vol* 163. pp. 608-613. Disponible en: <http://ajrccm.atsjournals.org/cgi/content/abstract/163/3/608>
- Blanco J, Mateos R. *Prevalencia de trastornos del sueño en el anciano*. INTERPSIQUIS. 2005. Disponible en: <http://www.guiasalud.es/egpc/insomnio/resumida/apartado02/epidemiologia.html> .
- Blazer DG, Hays JC, Foley DJ. Sleep complaints in older adults: a racial comparison. *J Gerontol*. 1995;50A:M280-4.
- Blunden S., Chervin R.(2009) Sleep patterns in australian indigenous children: effects on performance and behaviour. *Sleep. 0169 Volume 32, Abstract Supplement*. 0227.
- Briones, B., Adams N., Strauss M., Rosenberg C., Whalen C., Carskadon M., Roebuck T., Winters M., Redline S. (1996). Relationship between sleepiness and general health status. *Sleep*, 19: 583-588.

- Bogui, P., Keita, M., Dah, C., Fidier, N., Buguet-Brown, M.L., and Buguet, A. (2002) [The sleep of Africans and Europeans in the Ivory Coast: questionnaire study]. *Sante* **12**, 263–270.
- Buchillet D. (2007) *Bibliografía Crítica da saude indigena no Brasil (1844-2006)* Quito Ecuador. Ed. Abya-Yala.
- Buguet, A., Hankourao, O., and Gati, R. (1990) Self-estimates of sleep in African students in a dry tropical climate. *J. Environ. Psychol.* **10**, 363–369.
- Buyse D, Reynolds III Ch , Monk T , Berman S , Kupfer D (1989) *The Pittsburgh Sleep Quality Index: A New Instrument for Psychiatric Practice and Research. Psychiatry Research* **28**:193-213. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2748771>
- Cain S., Dennison C., Gruzik A., Czeisler C., Duffy J. (2009) Gender differences in entrained circadian Phase in humans. *Sleep*. 0169 Volume 32.
- Calamaro C., Mason T., Ratcliffe S. (2009) Adolescents living the lifestyle: effects of caffeine and technology on sleep duration and daytime functioning. *Sleep, Volume 32, Abstract Supplement*. 0200.
- Carskadon, M.. (2004). Sleep deprivation: health consequences and societal impact. *Medical Clinics of North America*. **88** (3): 767-77.
- Carskadon MA, ed *Patrones de sueño de los adolescentes: Influencias biológicas, sociales y psicológicas*. Cambridge, MA: Cambridge University Press, 2002: 4-26
- Carskadon MA. *Factores que influyen en los patrones de sueño*. En: Carskadon MA, ed *Patrones de sueño de los adolescentes: Influencias biológicas, sociales y psicológicas*. Cambridge, MA: Cambridge University Press, 2002: 4-26
- Carskadon M, C Vieira, Acebo C. (1993) Asociación entre la pubertad y la preferencia de fase retrasada del sueño. *Sleep Volumen: 16 Tema: 3 Páginas: 258-262* Disponible en: [http://pediatrics.aappublications.org/externalref?access\\_num=A1993KY33800012&link\\_type=ISI](http://pediatrics.aappublications.org/externalref?access_num=A1993KY33800012&link_type=ISI)
- Cazorla B., Ketty (2001): *Análisis de Algunos aspectos sociales relacionados con la calidad de vida del adulto mayor en Viña del Mar*. Monografía presentada a los seminarios de psicogerontología **Disponible en:** <http://psicomundo.com/tiempo/monografias/chile.htm>
- CELADE. *Sistema de Indicadores Sociodemográficos de las poblaciones y pueblos indígenas*. (2001) Disponible en:

<http://celade.eclac.cl/redatam/PRYESP/SISPPI/Webhelp/helpsispi.htm#ocupacion.htm>

Centro de Investigaciones Sociales CISOR y CESAP. *Catálogo socioeconómico de Venezuela*. Reporte Venescopio N° 24. Enero Febrero 2008.

Cha, S., Eun K. Gender differentials in sleep disorder: an analysis using korean time diary data. *Sleep. Volume 32, Abstract Supplement, 2009. 0866 Category J—Sleep Disorders – Insomnia*

Cole C, Richards K. (2007) Sleep disruption in older adults. Harmful and by no means inevitable, it should be assessed for and treated. *Am J Nurs. May 2007;107(5):40-9*. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17443076>

Collop NA, Adkins D, Philips BA. (2004) *Gender differences in sleep and sleep-disordered breathing*. Clin Chest Med; 25: 257-68. Disponible en : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15099887>

Conde López VJM, Royuela Rico A, Macías Fernández JA. Entrevistas, tests y cuestionarios de sueño aplicados a la realización de encuestas epidemiológicas. *An Psiquiatr.* 2000;16(9):351-365.

Dahl, R., Lewin D. (2002) Pathways to adolescent health: Sleep regulation and behavior. *J Adolesc Health.* 2002; 31:175–184. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12470913>

De Teresa R., Vasquez, V., Alvarez, A. *Influencia de la edad en la calidad de los componentes parciales del sueño en la población general*. Medifam. [online]. 2001, vol. 11, no. 1 [citado 2008-07-12], pp. 23-27. ISSN 1131-5768 . Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1131-57682001000100004&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682001000100004&lng=es&nrm=iso) .

De Abreu L. *La mujer Indígena y la Educación Física*. III congreso panamericano de educación física para la mujer de los CPEF 4 al 8 de Diciembre de 2000 Caracas, Venezuela [http://incarbonate.portalfitness.com/congreso\\_mujer3/congreso\\_mujer/22.htm](http://incarbonate.portalfitness.com/congreso_mujer3/congreso_mujer/22.htm)

Decker M., Jin-mann L., Tabassum H., Reeves W., Hypersomnolence and sleep -related Complaints in Metropolitan, Urban, and Rural Georgia *Am. J. Epidemiol.* (2009) 169(4): 435-443

Documento de Estrategia de País, de la Comisión Europea 2007 – 2013 11.04.2007 (E/2007/622) Disponible en: [www.eeas.europa.eu/venezuela/csp/07\\_13\\_es.pdf](http://www.eeas.europa.eu/venezuela/csp/07_13_es.pdf) .

- Doi Y, Minowa M, Okawa M, Uchiyama M (2000) Prevalence of sleep disturbance and hypnotic medication use in relation to sociodemographic factors in the general Japanese adult population. *J Epidemiol* **10**, 79–86.
- Doi Y, Minowa M (2003) Gender difference in excessive daytime sleepiness among Japanese workers. *Soc SciMed* **56**, 883–94.
- Dulcey E., Uribe C. (2002): Psicología del ciclo Vital: Hacia una visión Comprehensiva de la vida humana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, Vol. 34, Ns 1-2, pp.17-27  
También Disponible en:  
[www.chubut.gov.ar/terceraedad/imagenes/psicologia\\_del\\_ciclo\\_vital.pdf](http://www.chubut.gov.ar/terceraedad/imagenes/psicologia_del_ciclo_vital.pdf):
- Durrence H., Lichstein K., (2006) The sleep of African American a comparative review. *Behav Sleep Med* ; 4:29-44 Disponible en:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16390283>
- Espinosa, M (2000): *Enfoques, teorías y nuevos rumbos del concepto calidad de Vida*.  
Disponible en:  
[http://www.naya.org.ar/congreso2000/ponencias/Oscar\\_Mauricio\\_Espinosa.htm](http://www.naya.org.ar/congreso2000/ponencias/Oscar_Mauricio_Espinosa.htm).
- Ekblad S, Kohn R, Jansson B.(1998) Psychological and clinical aspects of immigration and mental health. En: Clinical methods in transcultural psychiatry. SO Okpaku. *Washington: American Psychiatric Press, 1998*.
- Fallone G, Owens JA, Deane J. (2002) Sleepiness in children and adolescents: clinical implications. *Sleep Med Rev* ; 6 : 287 – 306
- Fernández, J., Vela, A., Vgontzas, A., Olavarrieta, S., Ramos, M., Bixler, E., De la Cruz, J. (2009) Nighttime sleep and daytime functioning correlates of the insomnia complaint in young adults. *Journal of Adolescence*. Oct;32(5):1059-1074  
.disponible en [www.sciencedirect.com/science/journal/01401971](http://www.sciencedirect.com/science/journal/01401971) consultado 8-2-2010
- Froese C., Butt a., Mulgrew A., Cheema R., Speirs M., Gosnell C., Fleming J., Fleetham J., Ryan C., Ayas N., Depression and Sleep-Related Symptoms in an Adult Indigenous, North American Population *Journal of Clinical Sleep Medicine*, Vol. 4, No. 4, 2008. Disponible en:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2542493/>
- Foley DJ, Monjan A, Brown SL, Simmonsick E, Wallace R, Blazer G. Sleep complaints among elderly persons: an epidemiologic study of three communities. *Sleep* 1995; 18 (6): 425-32. Disponible en  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=1423694&pid=S1131-5768200100010000400001&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=1423694&pid=S1131-5768200100010000400001&lng=es)

- Fornes O. Perfil de la Presión Arterial en indígenas de la etnia HIWI/Profile blood pressure in HIWI natives. *Av. Cardiol.* 1992. 12(1):15-34
- Fornes O. *Perfil lipídico en indígenas masculinos de la etnia Hiwi*. Biblioteca Universidad de Carabobo Escuela de Medicina Nucleo Aragua: TA QU85. F6754. Venezuela.
- Freire, G. *Salud Indígena en Venezuela*. Vol. I. Ediciones de la Dirección de salud Indígena. MPPS. Instituto Caribe de Antropología y Sociología Fundación La Salle. ISBN: 968.980.226.048.5. Editorial Arte. DL: if19220076101392. Caracas, Venezuela. 2007
- Freire, G. *Salud Indígena en Venezuela*. Vol. II. Ediciones de la Dirección de salud Indígena. MPPS. Instituto Caribe de Antropología y Sociología Fundación La Salle. ISBN: 968.980.226.049.2. Editorial Arte. DL: if19220076101393. Caracas, Venezuela. 2007
- Freitez y Di Brienza (2003). *Transición demográfica y cambios en la estructura por edad de la población indígena*. En Temas de Coyuntura, N° 47. Venezuela: Instituto de Investigaciones Sociales y Económicas UCAB. Pp 93-122.
- Fuertes C., Martin M., El inmigrante en la consulta de atención primaria. *Anales fcnavarra*. Vol 29. Supl. 1. 2006. Disponible en: <http://www.fcnavarra.es/salud/anales/textos/vol29/sup1/suple2a.html>
- Gander PH, Marshall NS, Harris R, Reid P. 2005. The Epworth Sleepiness Scale: Influence of Age, Ethnicity, Socioeconomic Deprivation. Epworth Sleepiness Scores of Adults in New Zealand. *Sleep* 28(2): 249–253. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16171250>
- García J, Portilla M., Bascarán T., Sáiz P., García M., *Banco de instrumentos básicos para la Clínica Psiquiátrica* 2004. Psiquiatría Editores, S.L. Barcelona (España) Disponible en: [www.libroos.es/.../psiquiatria/.../17309-ins-banco-de-instrumentos-basicos-para-la-practica-de-la-psiquiatria-clinica-pdf.html](http://www.libroos.es/.../psiquiatria/.../17309-ins-banco-de-instrumentos-basicos-para-la-practica-de-la-psiquiatria-clinica-pdf.html)
- Gellis L., Lichstain K., Durrence H., Taylor D., Socioeconomic status and insomnia. *J Abnorm Psicol.* 2005; 114-111-8. (Medline). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15709817>
- Geovenezuela: pt. 1. *La geografía histórica del poblamiento territorial venezolano*. Fundación Empresas Polar, 2007.
- Geovenezuela: pt. 2. *La tropicalidad venezolana*. Fundación Empresas Polar, 2007

- Giannotti F, Cortesi F, Sebastiani T, Ottaviano S. (2002) Circadian preference, sleep and daytime behaviour in adolescence. *J Sleep Res* ; 11 : 191 – 199
- Goodin B., McGuire L, Smith M. (2010) Ethnicity moderates the influence of perceived social status on subjective sleep quality. *Behav Sleep Med.* Oct;8(4):194-206.  
Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20924833>
- Gu D; Sautter J; Pipkin R; Zeng Y. (2010) Sociodemographic and health correlates of sleep quality and duration among very old Chinese. *SLEEP* ;33(5):601-610.
- Guy Bajoit, "*TODO CAMBIA, Análisis sociológico del cambio social y cultural en las sociedad contemporáneas*", LOM Ediciones, Santiago de Chile, 2003, págs. 114-115.
- Guzman, A., Zebrak, R., Rohan, K.J., Sumar, I.A., Stiller, J.W., Valadez-Meltzer, A., Olsen, C., Lapidus, M., Soriano, J.J., and Postolache, T.T. (2007) A prospective longitudinal study of seasonality in African students living in the greater Washington, D.C. metropolitan area. *The Scientific World JOURNAL* 7, 557–583.
- Habibullah S, Afsar S. Centro de Investigación, Dow Medical College, Karachi PMRC Pak . *J Med Res Vol.* 46, No. 4. 2007
- Hale L, Phuong Do D. Racial differences in self-reports of sleep duration in a population-based study. *Sleep.* 2007; 30:1096–103.
- Hall M., Matthews K., Kravitz. H., et al. Race and financial strain are independent correlates of sleep midlife women: the SWAN sleep study. *Sleep* (2009); 32:73-82 (Medline)
- Harrison. 2003. *Principios de Medicina Interna*. McGraw-Hill.
- Hardin, T.A., Wehr, T.A., Brewerton, T., Kasper, S., Berrettini, W., Rabkin, J., and Rosenthal, N.E. (1991) Evaluation of seasonality in six clinical populations and two normal populations. *J. Psychiatr. Res.* 25, 75–87.
- Harvey, A., Stinson, K., Whitaker K., Moskowitz, D. (2008) El significado subjetivo de la calidad del sueño: una comparación de individuos con y sin insomnio. *SLEEP*; 31 (3) :383-393.
- Hasson D, Gustavsson P (2010) Declining Sleep Quality among Nurses: A Population-Based Four-Year Longitudinal Study on the Transition from Nursing Education to Working Life.  
<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0014265>



Holm SM, Forbes EE, Ryan ND, Dahl *Pubertal maturation, reward-related brain function, and sleep in adolescents* SLEEP, Volume 32, Abstract Supplement (2009).

Hughes RG, Rogers AE. Are you tired?. *Am J Nurs.* 2004;104:36-38.

Instituto Nacional de Estadísticas (INE). XIII Censo de población y vivienda. Población y Pueblos Indígenas. Caracas. (2001)

Irwin M, Cole J, Nicassio P. (2006) Comparative meta-analysis of behavioral interventions for insomnia and their efficacy in middle-aged adults and in older adults 55+ years of age. *Health Psychology.*; 25:3-14. Disponible en: <http://www.mendeley.com/research/comparative-metaanalysis-behavioral-interventions-insomnia-efficacy-middleaged-adults-older-adults-55-years-age-1/>

Jean-Louis G, Magai C, Casimir GJ, Zizi F, Moise F, McKenzie D, Graham Y. (2008) Insomnia symptoms in a multiethnic sample of American women. *J Womens Health (Larchmt).* 2008 Jan-Feb;17(1):15-25. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18240978>

Jean Louis G., Magai C., Pierre L., et al. Insomnia complaints and repressive coping among black and White Americans. *Sleep* 2005;28: A232.

Jean-Louis G, Magai CM, Cohen CI, et al. Ethnic differences in self-reported sleep problems in older adults. *Sleep.* 2001;24:926–33. Disponible en: [www.behavioralsleep.org/resources/meganruiter.pdf](http://www.behavioralsleep.org/resources/meganruiter.pdf)

Jean-Louis G, Kripke DF, Ancoli-Israel S, et al. Sleep duration, illumination, and activity patterns in a population sample: effects of gender and ethnicity. *Biol Psychiatry.* May 15 2000;47(10):921-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10807965>

Johnston, A., Astbury, J., Bruck, D. , Kennedy, G. (2007) *The relationship between socio-demographic variables and sleep problems.* Sleep and Biological Rhythms, 5 (1). A13-A13. ISSN 1446-9235

Kamel NS, Gammack JK. Insomnia in the elderly: cause, approach, and treatment. *Am J Med.* Jun 2006;119(6):463-9.



- Kasper, S., Wehr, T., Bartko, J., Gaist, P.A and Rosenthal, N. (1989) Epidemiological findings of seasonal changes in mood and behavior, Maryland. *Arch. Gen. Psychiatry* **46**, 823–833.
- Ke-Hsin Chueh, Mei-Sang Yang, Cheng-Sheng Chen and Shyam-Min Chiou (2009) Poor sleep quality and alcohol use problems among elderly Taiwanese aboriginal women *International Psychogeriatrics* June 2: pp 593-599 Disponible en: <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=5537536>
- Kim K, Uchiyama M, Okawa M, Liu X, Ogihara R (2000) An epidemiologic study of insomnia among the Japanese general adult population. *Sleep* **23**, 41–7.
- Kirmayer LJ, Brass GM, Tait CL.(2000) The mental health of Aboriginal peoples: transformations of identity and community. *Can J Psychiatry* ;**45**:607-16. Disponible en: <http://www.qualaxia.org/mental-health-thematic-files/traditions/publications.php?lg=en>
- M. Kohsaka, N. Fukuda, K. Honma, S. Honma and N. Morita. *Cellular and Molecular Life Sciences*. Seasonality in human sleep. Volume 48, Number 3, 231-233, DOI: 10.1007/BF01930461 (2005) Disponible en: <http://springerlink3.metapress.com/content/1420-682x/?k=kohsaka>
- Knudsen, L., Ducharme, P. Job stress and poor sleep quality: Data from an American sample of full-time workers ***Social Science & Medicine***, Volume 64, Issue 10, Pages 1997-2007 Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953607000676>
- Knutson KL.(2005) The association between pubertal status and sleep duration and quality among a nationally representative sample of US adolescents. *Am J Hum Biol* 2005; **17**: 418-24.
- Kravitz HM, Ganz PA, Bromberger J, Powell LH, Sutton-Tyrrell K, Meyer PM. (2003) Sleep difficulty in women at midlife: a community survey of sleep and the menopausal transition. *Menopause. Jan-Feb;10(1)*:19-28.
- Kripke D, (2002) Mortality Associated With Sleep Duration and Insomnia. *Archives of General Psychiatry. Feb;59(2)*

- Kryger M, Monjan A, Bliwise D, Ancoli-Israel S. Sleep, health, and aging. Bridging the gap between science and clinical practice. *Geriatrics*. 2004 Jan;59(1):24-6, 29-30. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14755865>
- Kunter, K., King, M., Kolhorst, F.(2007)Fatigue and sleep quality in nurses : Tiredness can negatively affect hospital nurse's quality of life and patient care. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*. Vol. 45, n°8, pp. 31-37
- Kutner, Nancy G., Donald L. Bliwise, and Rebecca Zhang. 2004. "Linking Race and Well-Being within a Biopsychosocial Framework: Variation in Subjective Sleep Quality in Two Racially Diverse Older Adult Samples." *Journal of Health and Social Behavior* 45:99-113.  
<http://www.experts.scival.com/georgia/pubDetail.asp?t=pm&id=15179910&>
- Lai Hui-ling (2002) A Health Policy Analysis: Mental Health of the Taiwan Aboriginal Elderly People *Tzu Chi Nursing Journal*; 1:4, 13-20 Disponible en: [www.tzuchi.com.tw/file/DivIntro/nursing/content/91-4/2.pdf](http://www.tzuchi.com.tw/file/DivIntro/nursing/content/91-4/2.pdf)
- Lauderdale D, Knutson K, Yan L, et al. Objectively measured sleep characteristics among early-middle-aged adults: the CARDIA Study. *Am J Epidemiol*. 2006;164:5–16.
- Leal, J. (2.009) *La autonomía del sujeto investigador y la metodología de la Investigación*. ISBN: 980-12-1254-3. Valencia. Venezuela
- Le Burgeoise M., Giannotti F., Cortesi F., Wolfon A., Duras J.La relación entre la calidad del sueño reportados y la higiene del sueño en los adolescentes italianos y americanos. *Pediatría vol. 115 No. N ° 115 Supplement 1 January 1, 2005 Suplemento 1 01 de enero 2005*. p 257 -265
- Lee J, Wang W, Silva E, Chang A, Scheuermaier K, Cain S, Duffy J. (2009) Neurobehavioral performance in young adults living on a 28-h day for six weeks sleep, *Sleep Volume 32, Abstract Supplement, 0141*
- Lennon, Mary Clare. 1994. "Women, Work, and Well-Being: The Importance of Work Conditions." *Journal of Health and Social Behavior* 35:235-247.
- Lingjaerde, O., Bratlid, T., Hansen, T., and Gotestam, K.G. (1986). Seasonal affective disorder and midwinter insomnia in the far north: studies on two related chronobiological disorders in Norway. In *Clinical Neuropsychopharmacology*. Raven Press, New York. pp. 187–189.
- Lushington K, Wilson A, Dollman J, Declan K, Martin J. Teenage sleep and the intrusion of digital Technology into the bedroom. *SLEEP, Volume 32, Abstract Supplement, 2009.0252*

López G., Gutierrez, M. *América Indígena ante el siglo XXI*. D.L. M. 37.880-2009. ISBN: 978-84-323-1418-6. Fundación Carolina. Siglo XXI. Españ

Macías Fernández JA, Royuela Rico A. La versión española del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh. *Informaciones Psiquiátricas* 1996;146:465-472. Disponible en: [www.libroos.es/.../psiquiatria/.../17309-ins-banco-de-instrumentos-basicos-para-la-practica-de-la-psiquiatria-clinica-pdf.html](http://www.libroos.es/.../psiquiatria/.../17309-ins-banco-de-instrumentos-basicos-para-la-practica-de-la-psiquiatria-clinica-pdf.html)

Manni R, Ratti MT, Marchioni E, Castelnovo G, Murelli R, Sartori I, Galimberti CA, Tartara A 1997 Poor sleep in adolescents: a study of 869 17-year-old Italian secondary school students. *J Sleep Res.* Mar;6(1):44-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9125698>

Mahowald MW, Bornemann MA. (2007) Sleep Complaints in the geriatric patient. *Minn Med.* Oct. ;90(10):45-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18038743>

Mansutti A. 2003. “*Enfermedades y despoblamiento*”. *El Orinoco medio entre los siglos XVI y XVII*, en Caminos cruzados: Ensayos de Antropología social, Etnoecología y Etnoeducación. Editado por C. Ales y J Chapino. Mérida (Venezuela):IRD Edicions, ULA GRIAL

Mellado B, Pino P, Vega L. Patrón de sueño en los adolescentes y factores que influyen en el sueño Santiago de Chile; s.n; 2001. 99 p. tab, graf. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=313388&indexSearch=ID>

Mezick. E., Matthew, K., Hall M., Strollo P., Buysse D., (2008) Influence of race a socioeconomic status on sleep: Pittsburgh Sleep Score Project. *Psicosomatic Medicine* 70 410-416

Miró e., Cano M., Buela G. *Sueño y calidad de vida*. Revista Colombiana de Psicología, 2005, No. 14, 11-27

Moline M, Broch L, Zak R. Sleep in women across the life cycle from adulthood through menopause. *Med Clin North Am* 2004; 88:705-36.

Monjan AA. Perspective on sleep and aging. *Front Neurol.* 2010 Sep 28;1:124. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21173893>

Moon Ch. Factors associated with perceived sleep quality of nurses working on rotating shifts. *Journal of Clinical Nursing*. Volume 18, Issue 2, pages 285–293, January 2009

- Moore M., Slane J, Mindell J, Burt S, Klump K. (2009) Genetic and environmental influences on sleep problems: a study of preadolescent and adolescent twins. *SLEEP, Volume 32, Abstract Supplement*.
- Moore P, Adler N., Williams D., Socioeconomic status and Health The role of sleep. *Psychosom Med* 2002; 64:337-44.
- Montmayeur, A. and Buguet, A. Sleep patterns of European expatriates in a dry tropical climate. *J. Sleep Res. Vol. 1, Issue 3*. Ppg. 191-196. (1992)
- National Institutes of Health. National Institutes of Health. State-of-the-Science Conference Statement. Management of menopause-related symptoms. *Ann Intern Med* 2005; 142: 1003-13.
- National Sleep Foundation. 2008 *Sleep in America Poll*. Summary of Findings. [sede Web]\*. National Sleep Foundation, 2008. Disponible en: [www.sleepfoundation.org](http://www.sleepfoundation.org)
- Nilssen O, Lipton R, Brenn T, Hoyer G, Boiko J, Tkatchev A,(1997) Sleeping problems at 78 degrees north: the Svalbard study. *Acta Psychiatr Scand*; 95: 44-8.  
Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.1997.tb00372.x/abstract>
- OCEI. 1.992. Censo Indígena de Venezuela. Tt.I y II (Nomenclador de asentamientos). Caracas: Presidencia de la República, Oficina de Estadísticas e Informática.
- O'Connor GT, Lind BK, Lee ET al (2003). Variation in symptoms of sleep-disordered breathing with race and ethnicity: the Sleep Health Heart Study. *Sleep* 2003;1:74-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12627736>
- Oginska, H. and Pokorski, J. (2006) Fatigue and mood correlates of sleep length in three age-social groups: school children, students, and employees. *Chronobiol. Int.* 23, 1317–1328
- Ohayon M, Roberts R, Zulley J, Smirne S. Prevalencia y los patrones de sueño problemática entre los adolescentes mayores . *J Am Acad Niño Adolesc Psiquiatría* 2000; 39: 1549 a 1556.
- Ohayon M., Zulley, J. Correlates of global sleep dissatisfaction in the German population. *Sleep*. 2001 Nov;24(7):780-7
- Ohayon M., Zulley, J. Sleep and insomnia markers in the general population Sleep and insomnia markers in the general population *Encephale*. 2004 Mar-Apr; 30(2):135-40.

- Ohayon M., Zulley, J Prevalence and correlates of nonrestorative sleep complaints. *Arch Intern Medicine*. 2005 Jan 10;165(1):35-41.
- Okawa, M., Shirakawa, S., Uchiyama, M., Oguri, M., Kohsaka, M., Mishima, K., Sakamoto, K., Inoue, H., Kamei, K., and Takahashi, K. (1996) Seasonal variation of mood and behaviour in a healthy middle-aged population in Japan. *Acta Psychiatr. Scand.* **94**, 211–216.
- Paine SJ, Gander PH, Harris R, Reid P. (2005). Prevalence and consequences of insomnia in New Zealand: disparities between Māori and non-Māori. *Australia and New Zealand Journal of Public Health* 29: 22–28. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-842X.2005.tb00743.x/abstract>
- Paine, S.J., Gander, P.H., and Travier, N. (2006) The epidemiology of morningness/eveningness: influence of age, gender, ethnicity, and socioeconomic factors in adults (30–49 years). *J. Biol. Rhythms* **21**, 68–76.
- Paine, S.J., Gander, P.H., Harris, R., and Reid, P. (2004) Who reports insomnia? Relationships with age, sex, ethnicity, and socioeconomic deprivation. *Sleep* **27**, 1163–1169. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=search&db=pubmed&term=Gander%20PH%5Bau%5D&dispmax=50>
- Pardo, A., Ruiz M. (2004) *SPSS 11 Guía Para El Analisis De Datos*. Macgrow Hill. Disponible en: <http://www.uylibros.com/verlibro.asp?id=26178&idcat=31&idsubcat=134&idarea=1088>
- Partinen M, Hublin C. (2005) *Epidemiology of sleep disorders*. In Kruger M, ed. Principles and practice of sleep medicine. Philadelphia: W.B. Saunders; p. 626-47.
- Pierce R, Antic R, Chang A, Howard M, James A, et al. (2010) *Respiratory and sleep health in Indigenous Australians*. Sydney: Thoracic Society of Australia and New Zealand Vol 10 No 2, April- June. Disponible en: <http://healthbulletin.org.au/category/issues/vol-10-no-2/>
- Pigeon W., Heffer K, Duberstein P., Fiscella K., (2011) Elevated sleep disturbance among blacks in a urban family medicine practice. *The Journal of American Board of Family Medicine*. 24(2);161-168

- Pires M., Benedito A., Mello M., Del Giglio S., Pompeya C. y Tufik S.(2007) Los hábitos de sueño y las quejas de los adultos en la ciudad de São Paulo, Brasil, en 1987 y 1995 *Braz J Med Biol Res, Noviembre* , Volumen 40 (11) 1505-1515.
- Prado A, Ruiz, M. *Spss 11 Guia para el análisis de datos*. Editorial McGraw Hill. 2002
- Redline S, Kirchner HL, Quan SF, Gottlieb DJ, Kapur V, Newman A. (2004) The effects of age, sex, ethnicity, and sleep-disordered breathing on sleep architecture. *Arch Intern Med*;164:406-18.  
Disponible en: [www.sirirajmedj.com/content\\_download.php?content\\_id=898](http://www.sirirajmedj.com/content_download.php?content_id=898)
- Regal, A., Amigo M., Cebrian, E. Sueño y mujer. *Revista de Neurología*. 2009 Oct; 49(7):376-382.
- Reimão R, Souza JC, Guerra HL, Gaudioso CEV. *Hábitos do sono e insônia em indígenas Bororó adultos, em sono, sonho e seus distúrbios*. São Paulo: Frôntis; 1999.
- Reimão R, Souza JC, Gaudioso CE, et al. 2000 Nocturnal sleep pattern in Native Brazilian Terena adults *Arq Neuropsiquiatr*; 58(2A):233-8  
[http://www.unboundmedicine.com/pedscentral/ub/citation/10849620/Nocturnal\\_sleep\\_pattern\\_in\\_Native\\_Brazilian\\_Terena\\_adults](http://www.unboundmedicine.com/pedscentral/ub/citation/10849620/Nocturnal_sleep_pattern_in_Native_Brazilian_Terena_adults)
- Reimao R, Souza JC, Gaudioso CE, et al. Sleep pattern in Native Brazilian Terena female adolescents, Buriti Village. (1999) *Sleep Research* ; 2. suppl. 1:428. Disponible en  
[http://www.unboundmedicine.com/pedscentral/ub/citation/10849620/Nocturnal\\_sleep\\_pattern\\_in\\_Native\\_Brazilian\\_Terena\\_adults](http://www.unboundmedicine.com/pedscentral/ub/citation/10849620/Nocturnal_sleep_pattern_in_Native_Brazilian_Terena_adults)
- Reimao R (2007) Learning to sleep well with the Brazilian Natives Terena, the ethnic factor. *Sleep Medicine Worldwide. Sleep health around the world* .Volume 1, Issue 1  
[www.friglobalevents.com/wasmonline/PDF/WASM\\_Newsletter\\_2\\_final.pdf](http://www.friglobalevents.com/wasmonline/PDF/WASM_Newsletter_2_final.pdf)
- Rivas G. Pedro J. *Algunas experiencias en la adaptación de protocolos médicos en comunidades indígenas de noroeste del estado Amazonas, Venezuela. Salud y ambiente*. Editado por Miguel Angel Perera. Universidad Central de Venezuela. Caracas. (1997).
- Rivero D., Vidal S., Bazó M (2007). *Enfoque de Etnias Indígenas de Venezuela Hacia un Sistema Integral de Calidad de Vida y Salud*. Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) y la Agencia de Cooperación Alemana (GTZ). Disponible en: [www.sisov.mpd.gob.ve/.../Enfoque%20de%20Etnias%20Indigenas.pdf](http://www.sisov.mpd.gob.ve/.../Enfoque%20de%20Etnias%20Indigenas.pdf)

Roberts, R., Roberts, C., Chen, I. (2000) Ethnocultural Differences in Sleep Complaints among Adolescents , *Journal of Nervous & Mental Disease: April 2000 - Volume 188 - Issue 4 - pp 222-229* Disponible en: [http://journals.lww.com/jonmd/Abstract/2000/04000/Ethnocultural\\_Differences\\_in\\_Sleep\\_Complaints.5.aspx](http://journals.lww.com/jonmd/Abstract/2000/04000/Ethnocultural_Differences_in_Sleep_Complaints.5.aspx)

Roberts CR, Chen IG. Impact of insomnia on future functioning of adolescents. *J Psychosom Res.* 2002 ; 53 : 561 – 569

Rocha FL, Guerra HL, Lima-Costa MF. Prevalence of insomnia and associated socio-demographic factors in a Brazilian community *Sleep Med.* 2002 Mar;3(2):121-6 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14592230> .

Rodriguez A., Muñoz B., Fernandez J., Olavarrieta S., De la Cruz J., Vela A. Insomnio y calidad del sueño en médicos de atención primaria: una perspectiva de género. *Revista de Medicina familiar y comunitaria.* 2001;11(1)

Rosen, L.N. and Rosenthal, N.E. (1991) Seasonal variations in mood and behavior in the general population: a factoranalytic approach. *Psychiatry Res.* 38, 271–283.

Romero T., Vazquez G, Alvarez V, Et Al. (2001) Influencia de la edad en la calidad de los componentes parciales del sueño en la población general. *Medifam.* [online]. vol. 11, No. pp. 23-27. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1131-57682001000100004&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682001000100004&lng=es&nrm=iso)

Royuela A, Macías JA, Moreno P, et al. Estudio de la aplicación del PSQI a pacientes psiquiátricos. *Anales de Psiquiatría* 1994; Supl 1:10.

Royuela Rico A. *Estudio de la calidad de sueño en población general y pacientes psiquiátricos mediante el cuestionario de Pittsburgh (Tesis doctoral)*. Universidad de Valladolid. Facultad de Medicina. Valladolid, 1996.

Royuela Rico A, Macías Fernández JA. Propiedades clinimétricas de la versión castellana del cuestionario de Pittsburgh. *Vigilia-Sueño* 1997;9 (2): 81-94.

Royuela, A, Macías, J. Conde, V. Calidad de sueño en ancianos. *Psiquis* 2000;21(1):32-39. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/46821909/Instrucciones-PSQ>

Regal, A., Amigo, M., Cebrián, E. *Sueño Y Mujer* . 2011. Disponible en <http://www.institutodelsueno.cl/suenoymujer.html>

Roberts R, Roberts C., Chen I.. Diferencias étnico-culturales en las quejas del sueño en adolescentes. *J Nerv Ment Dis* 2000; 188: 222 - 229



- Ruiz C. *Revisión de los diversos métodos de evaluación del trastorno de insomnio*. 2007: 23(1);109-117 Disponible en: [http://www.um.es/analesps/v23/v23\\_1/14-23\\_1.pdf](http://www.um.es/analesps/v23/v23_1/14-23_1.pdf)
- Runyon, R. Haber, A. *Estadística para las Ciencias Sociales*. Editorial Addison-Wesley Iberoamericana. España 1.996. Disponible en: [http://www.ub.edu/aplica\\_infor/spss/cap3-5.htm](http://www.ub.edu/aplica_infor/spss/cap3-5.htm)
- Rush A. *Handbook of Psychiatric Measures. Pittsburgh sleep quality index*. Second edition. American Psychiatric Publishing Inc. (2010)
- Sanchez, D. (2002) *Una nueva realidad para los Indígenas de Venezuela*. Ciudad Virtual de Arqueología y Antropología. Congreso Virtual Disponible en: [http://www.naya.org.ar/congreso2002/ponencias/domingo\\_sanchez.htm](http://www.naya.org.ar/congreso2002/ponencias/domingo_sanchez.htm)
- Santamaria, A. (2004) ¿Es posible el diálogo entre la ente y la cultura? Hacia una psicología cultural de la mente. *Suma Psicológica*, Vol 11, N°2. Septiembre 247-266.
- Sanz B, Torres AM. Situación sociolaboral y accidentes referidos por la población marroquí en un área de la comunidad de Madrid. *Aten Prim* 2000; 26: 314-318
- See CQ, Mensah E, Olopade CO. (2006) Obesity, ethnicity, and sleep disordered breathing: Medical and Health Policy Implications. *Clin Chest Med*;27:521-533. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16880061>
- Seguí M. El inmigrante en la consulta del médico de cabecera. *Semergen* 2005; 31: 505-507. Disponible en: [www.medfamcom.files.wordpress.com](http://www.medfamcom.files.wordpress.com)
- Serfaty e. Masautis A., Foglia L. (2004). Epidemiología de trastornos del sueño. *Acat psiquiatr psicol A. lat.* 50(1):59-66 Disponible en: [www.epidemiologia.anm.edu.ar/.../Epidemiologia\\_trastornos\\_sueño\\_2004.pdf](http://www.epidemiologia.anm.edu.ar/.../Epidemiologia_trastornos_sueño_2004.pdf)
- Setién, A. *Proceso histórico de los pueblos indígenas*. En Revista Multiculturalismo, educación, interculturalidad. Asociacion Venezolana de Educacion católica
- Shaikh W, Patel M, /2009) Sleep Deprivation Predisposes Gujarati Indian Adolescents to Obesity Indian J Community Med. July; 34(3): 192–194. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447528/>
- Silvia, N. Marchi, A., Reimão, R., Tognola, W., Cordeiro J. 2004. Analysis of the prevalence of insomnia in the adult population of São José do Rio Preto, Brazil. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* vol.62 no.3b São Paulo Sept. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2004000500004>



- Sivertsen B , Overland S, Krokstad S. and Mykletun A .. Seasonal Variations in Sleep Problems at Latitude 63°–65° in Norway. The Nord-Trondelag Health Study, 1995–1997 *Am. J. Epidemiol.* (2011)
- Srole L. Fischer A. (1980) The Midtown Manhattan longitudinal study vs “The mental paradiselost’s doctrine”. A controversy joined. U.S. National Library of Medicine National Institute of Health. *Arch Gen Psychiatry* Feb;37(2);209-21.
- Stepnowsky, Jr.C, Moore P., Dimsdale J Effect of Ethnicity on Sleep: Complexities for Epidemiologic Research. *EPIDEMIOLOGY*. Disponible en: [www.journalsleep.org/Articles/260312.pdf](http://www.journalsleep.org/Articles/260312.pdf)
- Su TP, Huang SR, Chou P. Prevalence and risk factors of insomnia in community-dwelling Chinese elderly: a Taiwanese urban area survey. *Aust N Z J Psychiatry*. 2004;38:706–13
- Tanaka H, Shirakawa S. Sleep health, lifestyle and mental health in the Japanese elderly: ensuring sleep to promote a healthy brain and mind. *J Psychosom Res*. 2004;56:465–77.
- Tello, T, Varela, L., Ortiz, P. et al. Calidad del sueño, somnolencia diurna e higiene del sueño en el Centro del Adulto Mayor Mirones, Es Salud, Lima, Perú. *Acta méd. peruana*, ene./mar. 2009, vol.26, no.1, p.22-26. Disponible en: [www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172009000100008&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172009000100008&lng=es&nrm=iso).
- Thomas SJ, Lichstein KL, Durrence HH, Taylor DJ, Riedel BW, Bush AJ. (2009) Epidemiology of bedtimes: age, gender, and ethnicity sleep. *Sleep. Volume 32, Abstract Supplement, 2009*. 0866 Category J—Sleep Disorders – Insomnia
- Torres E., *Estudios Básicos de derechos Humanos*. 2009. Disponible en: [http://www.iidh.ed.cr/comunidades/diversidades/docs/div\\_docpublicaciones/consideraciones%20sobre%20la%20condicion%20indigena%20en%20america%20latina.pdf](http://www.iidh.ed.cr/comunidades/diversidades/docs/div_docpublicaciones/consideraciones%20sobre%20la%20condicion%20indigena%20en%20america%20latina.pdf)
- Vanden B. (2004) Television viewing, computer game playing, and Internet use and self-reported time to bed and time out of bed in secondary-school children. *Sleep*;27:101–104.
- Vaz C, Gill T. (2007) Sleep complaints in community-living older persons: a multifactorial geriatric syndrome. *J Am Geriatr Soc*. Nov; 55(11):1853-66. Epub 2007 Oct 3. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=search&db=pubmed&term=Vaz%20Fragoso%20CA%5Bau%5D&dispmax=50>

- Vela, A., Olavarrieta, Fernández, J., Olavarrieta, S, et al. Sleep and behavioural correlates of napping among young adults: a survey of first year university students in Madrid. *J Am Coll Health* 2008;57:150–8.
- Vela, A., Fernández, J., Olavarrieta, S, et al. Perceived sleep debt: cognitive, emotional and behavioral correlates in young adults. *Sleep* 2007; 30:A141–2.
- Vázquez J. *Asistencia al inmigrante desde el equipo de atención primaria* (aspectos organizativos, formativos y de planificación). Cuadernos de Gestión 2002; 8: 54-60.
- Verster, J. , Morgan, K., and Olivier, R., Original Article Validation of the Dutch Occupational Impact of Sleep Questionnaire (OISQ) *Industrial Health* 2008, 46, 601–606
- Volkov J, Rohan K, Yousufi S. Seasonal Changes in Sleep Duration in African American and African College Students Living In Washington, D.C. *The Scientific World JOURNAL* (2007) 7, 880–887
- Voss, U. Tuin I., *Integration of immigrants into a new culture is related to poor sleep quality.* Health Qual Life Outcomes. 2008 Aug 10;6:61
- Wolfson AR, Carskadon MA. Understanding adolescents' sleep patterns and school performance: a critical appraisal. *Sleep Med Rev.* 2003 ; 7 : 491 – 506
- Wolkove N, Elkholy O, Baltzan M, Palayew M.(2007) Sleeping and aging: 1. Sleep disorders commonly found in older people. *Can Med Assoc J* ;176:1299–1304.
- Yaffe K, Laffan A, Harrison S, et al.(2011) Sleep-disordered breathing, hypoxia, and risk of mild cognitive impairment and dementia in older women. *JAMA.* Aug 10 2011;306(6):613-9 Disponible en: <http://jama.ama-assn.org/content/306/6/613.abstract>
- Zhang B, Wing YK. (2006) Sex differences in insomnia: a meta-analysis. *Sleep* ; 29: 85-93 Disponible en: . <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16453985>
- Zúñiga, G.(1998) *Los procesos de constitución de territorios indígenas en América Latina.* En: Nueva Sociedad N° 153.
- Zvolensky M, McNeil D, Porter C, Stewart S, (2001) Assessment of anxiety sensitivity in young American Indians and Alaska Natives. *Behav Res Ther* ; 39: 477-93. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11280345>